



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PETUNJUK TEKNIS

PALIATIF KANKER PADA DEWASA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR
2017



SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

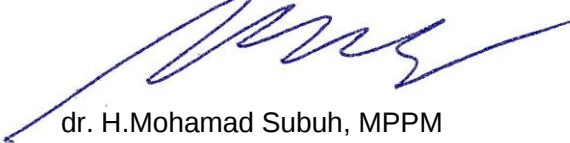
Puji dan syukur kepada Allah SWT atas bimbingan, petunjuk dan kekuatanNya kepada kita, sehingga petunjuk teknis Paliatif Kanker ini dapat disusun. Petunjuk teknis ini disusun berdasarkan kenyataan bahwa pasien kanker mengalami penderitaan yang belum tertangani dengan semestnya sehingga pasien memiliki kualitas hidup yang tidak baik, serta keluarga mengalami kesulitan-kesulitan yang diakibatkannya.

Mengintegrasikan perawatan paliatif sejak awal diagnosis dapat membantu pasien dan keluarga melalui periode sulit untuk merencanakan dan mempersiapkan perawatan berkelanjutan agar efektif dan efisien. Melalui program paliatif ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien serta mengoptimalkan pembiayaan kesehatan dan meningkatkan kepuasan dalam penatalaksanaan di bidang onkologi.

Petunjuk teknis ini dapat menjadi acuan kegiatan sehingga pengelola program dapat merencanakan kebutuhan program paliatif Kanker termasuk pelatihan program paliatif. Semoga buku ini dapat digunakan dengan sebaik-baiknya dan memberi manfaat sebesar-besarnya dalam mendukung pengendalian kanker di Indonesia.

Jakarta, April 2016

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit



dr. H. Mohamad Subuh, MPPM

NIP 196201191989021001



KATA PENGANTAR

Dengan makin meningkatnya jumlah pasien kanker di Indonesia, maka kebutuhan akan program paliatif tidak dapat dihindari. Dengan telah dituangkannya program pelayanan paliatif ke dalam Sistem Kesehatan Nasional, program paliatif kini menjadi bagian dari tatalaksana penyakit kanker di Indonesia yang perlu terus dikembangkan.

Program paliatif terus menunjukkan perkembangannya di Indonesia disamping tuntutan adanya perbaikan kualitas hidup individu pasien kanker. Buku ini diharapkan dapat dipergunakan untuk membantu pengelola program dan tenaga kesehatan untuk memahami program dan pelayanan paliatif.

Semoga petunjuk teknis ini inidapat bermanfaat bagi petugas kesehatan yang bekerja di bidang kanker anak dan tentunya bagi pasien berikut keluarga yang membutuhkannya.

Jakarta, 18 Mei 2016

Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular



dr. Lily S. Sulistyowati, MM

NIP 195801131988032001



DAFTAR ISI

Sambutan Direktur Jenderal PP-PL.....	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	v

BAB I

PROGRAM PALIATIF PADA KANKER DEWASA	1
--	----------

BAB II

TATA LAKSANA PALIATIF pada PASIEN KANKER DEWASA.....	3
---	----------

A. Komunikasi dan Aspek Non Medis	3
1. Komunikasi dan pembuatan keputusan	3
2. Kualitas hidup	4
3. Aspek psikososial, spiritual dan kultural	4
4. Aspek nutrisi pada perawatan kanker dewasa	11
B. Tatalaksana Gejala Fisik	16
Prinsip tata laksana gejala	16
1. Nyeri	18
2. Gangguan sistem pencernaan	29
3. Gangguan sistem pernapasan	39
4. Fatigue/ kelemahan	44
5. Gangguan kulit	45
6. Gangguan sistem saluran kemih	48
7. Gangguan hematologi	50
8. Gangguan sistem saraf	53
9. Gangguan psikiatri	54
C. Tatalaksana akhir kehidupan	57
1. Persiapan menjelang akhir kehidupan (<i>Advanced directive</i>)	57
2. Perawatan terminal	60
3. Perawatan pada saat pasien meninggal	62
4. Perawatan setelah pasien meninggal	63

BAB III	
PENUTUP	67
Daftar Pustaka	69
Tim Penyusun	70



BAB I

PROGRAM PALIATIF PADA PASIEN KANKER DEWASA

Integrasi perawatan paliatif ke dalam penatalaksanaan kanker terpadu telah lama dianjurkan oleh Badan Kesehatan Dunia, WHO, seiring dengan terus meningkatnya jumlah pasien kanker sebagai akibat dari meningkatnya usia harapan hidup manusia. Di Indonesia, sebagian besar penyakit kanker ditemukan pada stadium lanjut, sehingga angka kesembuhan dan angka harapan hidup pasien kanker belum seperti yang diharapkan meskipun tata laksana kanker telah berkembang dengan pesat. Pasien dengan kondisi tersebut mengalami penderitaan yang memerlukan pendekatan terintegrasi berbagai disiplin ilmu agar pasien tersebut memiliki kualitas hidup yang baik dan pada akhir hayatnya meninggal secara bermartabat. Hal ini merupakan kebutuhan penting bagi kemanusiaan terutama untuk pasien dengan penyakit yang tidak bias disembuhkan.

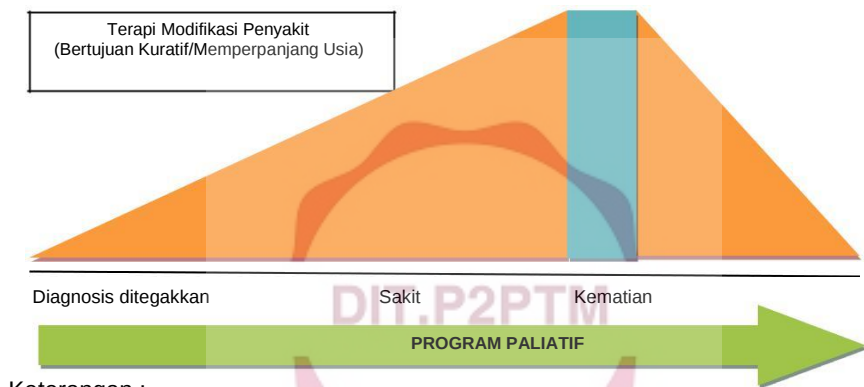
Program paliatif merupakan pendekatan yang efektif bagi pasien yang penyakitnya tidak dapat disembuhkan untuk mengurangi penderitaan dan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarganya. Hal ini untuk mengantisipasi masalah yang mungkin timbul dan meminimalkan dampak dari progresifitas penyakit sehingga pasien dapat berfungsi semaksimal mungkin sesuai dengan kondisinya sebelum akhirnya meninggal.

Pada pelayanan paliatif, pasien memiliki peran yang penting dalam membuat keputusan yang akan diambil. Tujuan pelayanan paliatif bagi setiap pasien berbeda dan dibuat dengan memperhatikan hal yang ingin dicapai oleh pasien bila memungkinkan, hal ini biasanya disampaikan dalam bentuk fungsi tubuh misalnya Aku ingin bisa melakukan....atau kejadian penting misalnya Aku ingin melihat anakku menikah. Secara umum pelayanan paliatif bertujuan untuk menghilangkan nyeri dan gejala lain, meningkatkan kualitas hidup, memberikan dukungan psikososial dan spiritual serta memberikan dukungan kepada keluarga selama pasien sakit dan selama masa dukacita.

Implementasi program paliatif di masyarakat dan fasyankes adalah

dengan memperhatikan prinsip mampu laksana, optimal, efektif, efisien dan menitikberatkan pada kebutuhan serta kenyamanan pasien pada stadium lanjut. Petugas kesehatan harus dapat merubah pola pikir dengan mengedepankan pendekatan pelayanan paliatif tanpa mengabaikan kuratif.

Gambar 1. Program Paliatif



Keterangan :

Modifikasi dari *American Association Institute for Medical Ethics (1999)*. EPEC = *Education For Physician On End Of Life Care*.

BAB II

TATALAKSANA PALIATIF PADA PASIEN KANKER DEWASA

Pada keganasan, perjalanan penyakit pada stadium awal lambat hingga pada stadium lanjut yang dapat berlangsung cepat hingga kema-tian. Intervensi atau pendekatan paliatif bersifat holistik meliputi empat kelompok masalah, yaitu :

- Fisik – gejala atau keluhan fisik seperti nyeri, batuk, sesak nafas, letih, demam dan lain-lain
- Psikologis – khawatir, takut, sedih, marah
- Sosial – kebutuhan keluarga, isu makanan, pekerjaan, tempat tinggal dan hubungan interpersonal
- Spiritual – pertanyaan tentang arti kehidupan dan kematian, kebutuhan untuk damai.

Untuk itu tatalaksana paliatif pasien kanker bertumpu pada pendekatan biopsikososial dan spiritual. Gejala fisik yang perlu ditatalaksana meliputi nyeri, sesak nafas, mual/muntah, diare, konstipasi, anoreksia, cemas, depresi, delirium, insomnia, perdarahan, luka kanker, dan gejala lain.

a. KOMUNIKASI DAN ASPEK NON MEDIS

1. KOMUNIKASI DAN PEMBUATAN KEPUTUSAN

Komunikasi antara dokter dan petugas kesehatan lain dengan pasien dan keluarga serta antara pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dalam perawatan paliatif. Pasien adalah pribadi yang harus dihargai haknya untuk mengetahui atau tidak mengatahui kondisi penyakitnya. Pasien juga merupakan individu yang berhak menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadapnya jika pasien masih memiliki kompetensi untuk membuat keputusan. Pada fase akhir kehidupan banyak pasien yang tidak lagi mampu membuat keputusan, sehingga pembicaraan tentang apa yang akan atau tidak dilakukan sebaiknya diputuskan pada saat pasien masih memiliki kesadaran penuh. Walaupun demikian keluarga

tetap dapat dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Dalam menyampaikan BERITA BURUK, hal hal berikut ini harus diperhati-kan: ***Apa, sejauh mana, kapan, dengan siapa dan bagaimana cara menyampaikan berita tersebut.***

Dalam hal ini, dokter dan petugas kesehatan lain harus memperhatikan kultur yang dianut pasien dan keluarga.

2. KUALITAS HIDUP

Meningkatnya kualitas hidup pasien kanker merupakan indikator keberhasilan pelayanan paliatif. Kualitas hidup pasien kanker diukur dengan Modifikasi dari *Skala Mc Gill*. Terdapat 10 indikator yang harus dinilai oleh pasien sendiri.

Tabel 1. Indikator penilaian kualitas hidup (Modifikasi *Skala Mc Gill*).

INDIKATOR	NILAI 1-10	
Secara fisik saya merasa	Sangat buruk.....	sangat baik
Saya tertekan atau cemas	Selalu.....	tidak pernah
Saya sedih	Selalu.....	tidak pernah
Dalam melihat masa depan	Selalu takut.....	tidak takut
Keberadaan saya	Tidak berarti tanpa tujuan bertujuan	sangat berarti dan
Dalam mencapai tujuan hidup	Tidak mencapai tujuan	mencapai tujuan
Saya	Tidak mendapat mengontrol hidup saya	sangat dapat
Sebagai pribadi	Tidak baik.....	sangat baik
Hari saya	Sebagai beban.....	sebagai anugrah
Saya merasa	Tidak mendapat dukungan penuh	dukungan..... mendapat

3. ASPEK PSIKOSOSIAL, SPIRITUAL DAN KULTURAL

Menghadapi kenyataan bahwa memiliki penyakit yang dapat mengancam jiwa apalagi bila menyadari telah berada dalam fase teminal, tidaklah mudah diterima oleh penderita, keluarga dan bahkan juga oleh dokter yang menanganinya. Berbagai respon

psikologik dapat timbul dalam keadaan ini, seperti rasa tak berdaya, putus asa, sedih, takut, marah dan sebagainya.

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual, unsur-unsur badan, jiwa, lingkungan dan spiritual berada dalam suatu kesatuan. Pada seorang penderita kanker, seringkali bukan kematian yang ditakuti tetapi lebih kepada proses menuju kematian. Perawatan penderita haruslah menyentuh semua dimensi kehidupan ini, karena masing-masing dimensi akan selalu berinteraksi secara timbal-balik. Bayangan mengenai penderitaan dan saat akhir kehidupan, dapat mendominasi pikiran penderita dengan penyakit terminal. Keluhan fisik dan psikologis yang ada sering saling terkait dan memberikan efek negatif terhadap kualitas fisik serta memiliki peran yang penting terhadap kesejahteraan penderita dengan penyakit kanker stadium lanjut.

Penyakit kanker adalah penyakit yang dikonotasikan akan berujung pada kematian. Pada fase awal penderita nampak seperti orang yang sehat namun umumnya mulai mengalami masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah psikososiospiritual. Masalah-masalah ini bisa muncul pada saat :

a. Melakukan pemeriksaan penunjang

Ketika ada dugaan menderita kanker, beberapa penderita sudah mulai merasakan gangguan psikologis berupa cemas, sulit tidur, nafsu makan menurun dan penyangkalan sehingga seringkali berujung pada penolakan atau penundaan pemeriksaan laboratorium. Hal ini terkadang berkaitan dengan masalah-masalah finansial untuk melakukan pemeriksaan terkait dengan penyakitnya.

b. Mengetahui diagnosis penyakit

Ketika pasien mengetahui bahwa dirinya menderita kanker biasanya timbul distress. Timbul rasa marah kepada diri sendiri dan orang lain disekitarnya. Pada saat ini sangat penting bagi seorang dokter menguasai cara menyampaikan berita buruk agar dapat diterima pasien.

c. Menjalani terapi

Kebutuhan finansial, dukungan keluarga dan lingkungan sangat dibutuhkan selama menjalani terapi, namun kenyataan

yang terjadi justru sebaliknya sehingga timbul berbagai masalah psikososial-spiritual. Efek samping dari obat-obatan yang dikonsumsi oleh penderita juga bisa mencetuskan gangguan psikiatrik.

d. Penyakitnya mencapai tahap perawatan terminal

Setiap manusia mempunyai berbagai macam kebutuhan dasar dan dalam kondisi terminal kebutuhan ini akan semakin terasa. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain :

- Bantu penderita mengatasi perasaannya sehingga dapat berdamai dengan dirinya sendiri, dengan orang lain, dan dengan Tuhan.
- Beri dukungan dengan mengarahkan untuk mengisi sisa hidupnya dengan melihat hal-hal yang bermakna bagi dirinya.

ASPEK PSIKOSOSIAL

Manifestasi gangguan psikososial yang timbul dapat bermacam-macam seperti gangguan cemas, depresi, perubahan perilaku, gangguan penyesuaian dengan berbagai keluhan penyerta, sampai kondisi gangguan jiwa berat. Hal tersebut tidak selalu mudah dievaluasi terutama pada pasien dengan gangguan kesadaran. Gangguan psikososial penderita kanker mencakup aspek yang sangat luas, baik yang bersumber pada kondisi penyakitnya, kepribadian, latar belakang kehidupan penderita, keluarga, budaya, agama dan sebagainya.

Lakukan penilaian gangguan psikososial secara umum dengan menggunakan cara-cara sederhana yang lebih mengandalkan observasi terhadap beberapa hal :

- Keadaan mental-emosional dan hubungan interpersonal (termasuk hubungan dengan anggota keluarga dan orang lain)
- Kemampuan fungsi sosial dalam kehidupan penderita sehari-hari
- Kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat rekreatif, hobi
- Penilaian terhadap faktor psikososial lain (finansial dan hubungan antar anggota baik dalam keluarga maupun masyarakat, termasuk hubungan intim suami istri)

Atas dasar hasil penilaian tersebut, rencanakan suatu strategi dan dukungan paliatif selanjutnya. Penting untuk dapat menilai apakah keluhan atau gejala tersebut masih dalam batas yang sesuai dengan stressor yang dialami pasien, ataukah sudah mencapai tahap psikopatologi lanjut. Penilaian ini dilakukan pada setiap kesempatan sambil berjalannya waktu dan strategi dukungannya juga disesuaikan dengan perkembangan selanjutnya.

Tahapan psikologi pasien dalam menghadapi kondisi sakit

Elisabeth Kubler-Ross mempostulasikan lima tahap yang dilalui pasien dalam menghadapi bayangan akan kematian, yang dapat bermanfaat untuk membantu memahami kondisi pasien dalam berbagai tahap tersebut, yaitu:

a. Denial (penyangkalan)

Adalah tahapan awal yang sering dialami oleh penderita terutama pada mereka dengan kepribadian mudah cemas. Penderita menyangkal tidak sakit ataupun bila mereka menerima kondisi sakit tetapi menganggap sakitnya bukanlah penyakit yang serius seperti kanker. Biasanya pikiran yang demikian ini akan menentramkan hati sesaat, dan berguna untuk menunda kepanikan.

Pada pasien yang belum dapat menerima kenyataan mengenai penyakitnya, harus dapat dipahami kondisi mentalnya. Kesabaran dan ketulusan hati dalam mendampingi pasien yang sedang cemas akan sangat membantu menimbulkan rasa aman yang diperlukan pasien.

b. Anger (marah)

Tahap ini seringkali ditandai dengan sikap cepat tersinggung, banyak menuntut, mengkritik, mengomel, dll. Rasa marah ini bisa ditujukan terhadap keluarga, diri sendiri, bahkan bisa juga marah terhadap Tuhan dan petugas kesehatan. Mengapa dia yang menderita kanker dan bukan orang lain. Pada situasi ini diperlukan sikap yang positif sehingga dapat meredakan kemarahan pasien.

c. Bargaining (tawar-menawar).

Setelah rasa marah teratasi dan pikiran serta perasaannya lebih tenang, maka secara perlahan pasien dapat menerima kenyataan bahwa ia menderita penyakit kanker yang erat kaitannya dengan kematian. Dalam kondisi ini maka akhirnya ada keinginan untuk tawar-menawar baik dalam segi kehidupannya maupun pengobatan yang diterima (beri saya kesembuhan...kalau saya sembuh saya akan.....). Tahap ini memberi kesempatan tenggang waktu untuk dapat mengambil sikap.

Dengan memahami kondisi mental pasien yang tidak konsisten, para petugas tidak merasa jenuh/kesal tetapi tetap dapat melakukan pendekatan dengan baik dan perlahan-lahan mengajak pasien menghadapi kenyataan.

d. Depresi.

Pada tahap ini pasien akan menunjukkan tanda-tanda kesedihan dan gejala-gejala depresi lain. Tanda dan gejala ini biasanya berlangsung singkat sebagai reaksi terhadap situasi yang dihadapinya. Depresi yang berkepanjangan dapat menjadi sumber penderitaan dan karenanya perlu dinilai dan dideteksi secara dini. Bila depresi ini berlanjut, dianggap sebagai gangguan jiwa dan perlu perawatan psikiatri. Faktor risiko yang menyebabkan depresi berkepanjangan antara lain :

- rasa nyeri yang tidak terkontrol dengan baik,
- gejala fisik yang progresif dan tingkat keparahan penyakit yang dideritanya,
- riwayat depresi,
- obat-obatan yang dipakai (*steroid, benzodiazepine*) serta depresi yang secara langsung disebabkan oleh penyakitnya (kanker pankreas, stroke).
- masalah sosial dan spiritual yang belum tertangani.

Penilaian adanya depresi pada pasien kanker stadium yang sudah lanjut tidak hanya berdasarkan gejala somatiknya (nafsu

makan/berat badan/libido yang menurun, cepat lelah serta gangguan tidur) tetapi juga gejala psikologik dan kognitifnya, antara lain disforia yang persisten (suasan hati yang buruk), rasa tidak berdaya dan putus asa, rasa tidak berharga dan hilangnya self-esteem, rasa bersalah yang berlebihan, kekece-waan yang mendalam, pikiran yang berulang tentang kematian serta fikiran bunuh diri. Tanda lain seperti rasa nyeri yang tidak responsif terhadap pengobatan, perasaan sedih dengan afek yang datar serta kecemasan, iritabilitas dan mood yang tidak nyaman juga merupakan tanda yang signifikan.

Penatalaksanaan depresi pada penderita terminal meliputi banyak aspek, antara lain pendekatan non farmakologik seperti psikoterapi suportif, pendekatan kognitif, intervensi perilaku (terapi relaksasi, terapi distraksi) dan pendekatan farma-kologik.

e. *Acceptance* (menerima).

Adalah tahap pasien dapat menerima kenyataan mengenai penyakitnya. Pada fase ini pasien sudah mencapai taraf kesadaran untuk tidak lagi mempertahankan hidupnya lebih lama lagi, merasa sudah siap menghadapi dunianya yang baru dan dapat istirahat dengan tenang.

Pada situasi ini, para petugas harus menciptakan situasi lingkungan yang tenang dengan menyediakan dukungan, mem-biarkan keluarga mendampingi sekaligus memberikan dukung-an moral.

Kelima tahapan ini terjadi tidak selalu berurutan dan kadang-kala tidak sampai tahap menerima. Perkembangan tahapan ini sangat individual, bila tidak ditangani dengan baik atau terlambat maka dapat terjadi tetap pada tahap tertentu bahkan dapat kembali ke tahap sebelumnya.

ASPEK SPIRITUAL

- Setiap manusia baik dia religius maupun tidak, mempunyai sisi spiritual yang unik bagi dirinya sendiri. Spiritual mengarah pada tujuan dan arti keberadaan individu.

- Diskusikan hal-hal berkaitan dengan spiritual yang dialami oleh pasien selama perawatan, terutama pada kasus yang berat/sta-dium lanjut. Masalahnya mungkin berkaitan dengan arti atau nilai-nilai kehidupan mereka, puas ataukah merasa bersalah dengan kehidupannya dimasa lalu, rasa marah atau merasa tidak adil, dan pertanyaan seputar penderitaan atau misteri kematian.
- Pasien yang menganggap penyakitnya sebagai hukuman atau penghinatan memerlukan pendekatan spiritual yang lebih intens.

Pendampingan oleh Relawan

- Perubahan perilaku pasien merupakan beban mental yang berat bagi keluarga, sehingga tidak jarang keluarga pasien juga ikut menderita baik psikis maupun fisiknya. Kelelahan dan rasa jenuh keluarga dalam merawat penderita bisa dibantu dengan pendampingan oleh relawan.
- Beri pemahaman aspek psikososial pada penderita dan keluar-ga selama dalam perawatan sebelum melakukan pendam-pingan,
- Asah kemampuan berkomunikasi dengan baik dan benar pada relawan dalam mendampingi penderita dan keluarganya.
- Tunda pendampingan oleh relawan yang sedang memiliki masalah dan bantu relawan tersebut untuk melakukan "ventilasi" dengan aman.
- Memberikan perawatan dengan empati.
- Untuk menjaga agar semangat relawan tetap stabil, maka secara berkala dianjurkan untuk merefleksikan tujuan semula yang mulia untuk menolong sesama agar tidak jenuh dan patah semangat.

ASPEK KULTURAL

- Kultur sangat mempengaruhi sikap pasien terhadap penyakit, nyeri, dan kematian.
- Kurangnya perhatian terhadap latar belakang kultur mempengaruhi penerimaan pasien terhadap penyakitnya. Komunikasi menggunakan bahasa pasien sangat diperlukan.

4. ASPEK NUTRISI PADA PERAWATAN PALIATIF KANKER

a. Terapi nutrisi pada pasien kanker yang sedang menjalani terapi :

1) Kebutuhan kalori

Perhitungan kalori menggunakan rumus Harris Benedict

Laki-laki : $REE = 66 + 13.7 BB + 5 TB - 6.8 U$

Wanita : $REE = 655 + 9.6BB + 1.85 TB - 4.7 U$

REE = Resting Energy Expenditure (kcal/hari)

BB = Berat Badan (kg)

TH = Tinggibadan (cm)

U = Umur (tahun)

Faktor aktifitas fisik : Pasien dengan ventilator = 1,1

Terapi nutrisi pada pasien kanker yang sedang menjalani terapi

Pasien bedridden : 1,2

Pasien ambulatory : 1,3

Berdasarkan berat badan (ADA 2006)

Hypermetabolism, kurang gizi, peningkatan berat badan :
30-35 kcal/kg/hari Pasien underweight berat: > 35 kcal/kg/hari

Normo metabolic, non ambulatory, inaktif : 25-30 kcal/kg/hari

Bed ridden : 20-25 kcal/kg/hari Stem cell transplant : 30-35 kcal/kg/hari Pasien Obesitas (bila bertujuan untuk menurunkan berat badan) : 21-25 kcal/kg/hari

Nutrisi Enteral (ESPEN 2006)

Pasien Ambulatory : 30-35 kcal/kgBB/hari

Pasien Bedridden : 20-25 kcal/kgBB/hari

Nutrisi Parenteral (ESPEN, 2009)

Pasien Ambulatory : 25-30 kcal/kgBB/hari

Pasien Bedridden : 20-25 kcal/kgBB/hari

2) Kebutuhan protein

Tabel 2. Kebutuhan protein berdasarkan kondisi pasien

Pasien kanker non stress	1,0-1,2 g/kgBB
Hipermetabolisme	1,5-2,5 g/kgBB
Transplantasi stem cell	1,5-2 g/kgBB
Penyakit Ginjal	
Acute renal failure	0,5-0,6 g/kgBB (pasien unstres)
	1,0 g/kgBB (dgn stress dan hemodialysis)
Predialisis	0,6-0,8 g/kgBB
Hemodialisis	1,2-1,5 g/kgBB
Nefrotik syndrome	0,8-1,0 g/kgBB
Penyakit hati	
Payah hati	1,0-1,5 g/kgBB
Sirosis hati	1,0-1,2 g/kgBB
Penyakit hati dgn ensefalopati	0,6-0,8 g/kgBB

(Sumber : ADA, 2006)

1. Kebutuhan mikro nutrien

Kebutuhan mikronutrien anti oksidan sebaiknya dilengkapi dari bahan makanan sumber (American Cancer Society, 2005). Tetapi apabila ditemukan kekurangan mikro nutrient akibat asupan yang tidak adekwat atau pengeluaran yang berlebihan maka pembelian multivitamin dan mineral dapat diberikan (Bloch, 1988, ADA 2000, Brown et al, 20013). Rekomendasi jumlah mikronutrien dapat diberikan berdasarkan rekomendasi asupan nutrisi (NCCFN, 2005).

2. Kebutuhan EPA

Suplementasi asam lemak omega 3 dapat membantu memper-tahankan berat badan pada pasien kanker dengan diet oral yang mengalami penurunan berat badan (Grade A). Rekomendasi untuk EPA adalah sebesar 2g. Dapat diberikan melalui makanan/ makanan komersial yang diperkaya dengan EPA, atau suplemen EPA (Grade B, Aspe 2009).

2g EPA didapat dari :

- 8-11 kapsul minyak ikan (EPA 180 mg)
- 300-400 g ikan laut(dari ikan tenggiri atau ikan kembung)

A. Terapi Nutrisi pada pasien kanker terminal

Enteral nutrition dapat diberikan untuk mengurangi penurunan berat badan, selama diinginkan oleh pasien proses kematian belum mulai. Bila akhir kehidupan sudah sangat dekat, umumnya pasien hanya membutuhkan sedikit makanan dan minuman untuk mengurangi lapar dan haus. Berikan minuman untuk mencegah dehidrasi. Pemberian cairan intravena juga dapat diberikan sebagai jalan untuk pemberian obat. Jika tidak tersedia akses intravena, dan pasien memerlukan cairan untuk mencegah gejala akibat dehidrasi, cairan dapat diberikan melalui subku-tan dengan jumlah antara 500 ml -1000 ml, sesuai jumlah urine per 24 jam ditambah EWL. Bila diperlukan nutrisi parenteral dapat diberikan pada pasien kanker dengan penurunan berat badan dan penurunan asupan nutrisi. (ESPEN 2009). Stadium terminal yang belum memasuki fase terminal yaitu jika nutrisi tidak dapat diberikan nutrisi melalui oral atau enteral.

Berbagai tips untuk mengatasi gejala-gejala yang berhubungan dengan nutrisi :

- Mulut kering

Konsumsi makanan yang dapat meningkatkan air liur. Hindari alkohol, kopi, serta obat kumur yang mengandung alkohol. Konsumsi makanan dengan tambahan cairan. Gunakan pelembab untuk rongga mulut.

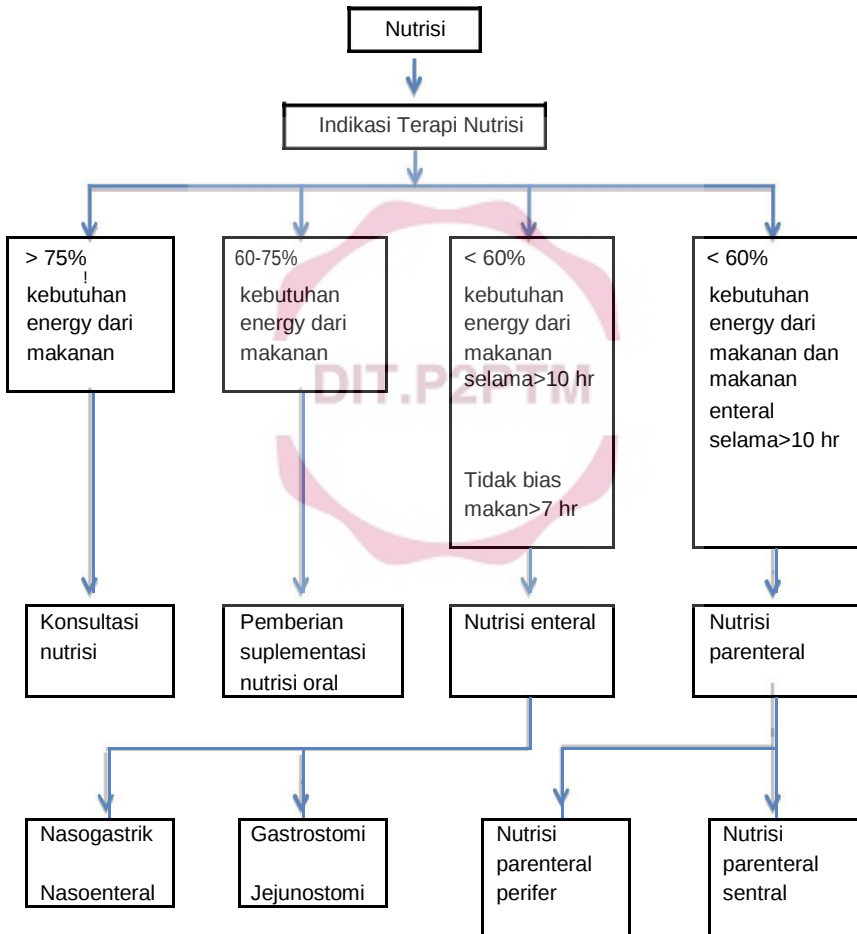
- Mual dan muntah

Berikan makanan porsi kecil dan sering. Pilih makanan dengan sedikit rasa, hindari makanan manis, berlemak, berbau menyengat. Makanan favorit akan lebih mengurangi rasa mual. Pilih makanan yang lunak. Hindari minum cairan pada perut kosong. Telan makanan perlahan-lahan. Jangan berbaring dalam waktu kurang dari 1 jam.

- Tidak nafsu makan
Makan dengan porsi kecil dan sering makanan padat tinggi kalori. Tambahkan protein dan kalori pada makanan yang disukai pasien. Nikmati makanan pada saat keadaan pasien sedang nyaman. Minumlah minuman yang berkalori diantara waktu makan. Lakukan aktifitas fisik ringan untuk meningkatkan nafsu makan.
- Cepat kenyang
Makan dengan porsi kecil dan sering makanan padat kalori. Tambahkan protein dan kalori pada makanan yang disukai pasien. Minumlah minuman yang berkalori diantara waktu makan. Hindari makanan yang digoreng, berminyak, bergas. Lakukan aktifitas fisik ringan untuk meningkatkan nafsu makan.
- Konstipasi
Makan secara teratur, tingkatkan cairan 8-10 gelas perhari. Hindari kopi, Konsumsi minuman hangat agar dapat menstimulasi peristaltic usus. Lakukan aktifitas fisik ringan. Biasakan buang air besar secara teratur.
- Diare
Tambahkan serat larut pada makanan sehari-hari. Hindari serat tidak larut. Makan dengan porsi kecil dan sering. Hindari makanan berminyak, digoreng, berbumbu, alkohol, dan kopi. Makanan dengan produk susu. Hindari makanan yang terlalu manis dan jus buah. Tingkatkan konsumsi cairan, makanan tinggi kalium seperti pisang dan kentang, makanan tinggi natrium seperti oralit.
- Gangguan menelan
Ikuti teknik menelan yang dianjurkan oleh fisioterapis, makanlah makanan lembut, lunak, berbentuk pure. Makanlah porsi kecil, sering. Gunakan pengental makanan. Hindari mengonsumsi roti, biskuit, krakers.

- Mukositis : konsumsi makanan lunak, dengan saus extra. Hindari alkohol, jeruk asam, kopi, cuka, makanan kering, makanan kasar. Konsumsi makanan dengan suhu ruang.

Gambar 2. Terapi nutrisi



Sumber : (Espen 2006, Feseo 2008)

a. TATA LAKSANA GEJALA FISIK

Gejala yang muncul pada pasien dengan penyakit stadium lanjut bervariasi.

Prinsip tata laksana adalah sebagai berikut:

1) EVALUASI:

a) Evaluasi terhadap gejala yang ada:

- Apa penyebab gejala tersebut (kanker, anti kanker dan pengobatan lain, tirah baring, kelainan yang menyertai)
- Mekanisme apa yang mendasari gejala yang muncul? (misalnya: muntah karena tekanan intrakranial yang meningkat berkaitan dengan muntah karena obstruksi gastrointestinal)
- Adakah hal yang memperberat gejala yang ada (cemas, depresi, insomnia, kelelahan)
- Apakah dampak yang muncul akibat gejala tersebut? (misalnya: tidak bisa tidur, tidak nafsu makan, tidak dapat beraktifitas)
- Pengobatan atau tindakan apa yang telah diberikan? Mana yang tidak bermanfaat?
- Tindakan apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasinya?

b) Evaluasi terhadap pasien:

- Seberapa jauh progresifitas penyakit? Apakah gejala yang ada merupakan gejala terminal atau sesuatu yang bersifat reversibel?
- Apa pendapat pasien terhadap gejala tersebut?
- Bagaimana respon pasien?
- Bagaimana fungsi tubuh? (Gunakan KARNOFSKY RATING SCALE/ECOG)

2) PENJELASAN:

Penjelasan terhadap penyebab keluhan yang muncul sangat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan pasien. Jika dokter tidak menjelaskan, mungkin pasien bertambah

cemas karena menganggap dokter tidak tahu apa yang telah terjadi dalam dirinya.

1. DISKUSI

Diskusikan dengan pasien pilihan pengobatan yang ada, hasil yang dapat dicapai dengan pilihan yang tersedia, pemeriksaan yang diperlukan, dan apa yang akan terjadi jika tidak dilakukan pengobatan.

2. PENGELOLAAN SECARA INDIVIDU

Pengobatan bersifat individual, tergantung pada pilihan yang tersedia, manfaat dan kerugian pada masing masing pasien dan keinginan pasien dan keluarga.

Pengobatan yang diberikan terdiri dari:

- a) Atasi masalah berdasarkan penyebab dasar : atasi penyebabnya bila memungkinkan (Pasien dengan nyeri tulang karena metastase, lakukan radiasi bila memungkinkan. Pasien dengan sesak nafas karena spasme bronkus, berikan bronkodilator)
- b) Terapi medikamentosa : setiap obat opioid dimulai dengan dosis terendah, kemudian lakukan titrasi, untuk mendapatkan efek yang optimal dan dapat mencegah penderitaan dan penurunan kualitas hidup akibat efek samping obat tersebut.
- c) Terapi fisik : selain dengan obat, modalitas lain diperlukan untuk mengatasi gejala misalnya relaksasi, pengaturan posisi, penyesuaian lingkungan dll.

3. PERHATIAN KHUSUS

Walaupun gejala yang ada tidak dapat diatasi penyebabnya, mengatasi keluhan secara simtomatis dengan memperhatikan hal hal kecil sangat bermanfaat (misalnya jika operasi, kemoterapi atau radiasi pada kanker esofagus tidak dapat lagi diberikan, pengobatan untuk jamur di mulut akan berma-faat bagi pasien).

6) PENGAWASAN

Pengawasan terhadap pasien, gejala yang ada dan dampak pengobatan yang diberikan sangat diperlukan karena pada stadium lanjut, karena keadaan tersebut dapat berubah dengan cepat.

1. NYERI

Nyeri adalah keluhan yang paling banyak dijumpai pada pasien kanker stadium lanjut. Nyeri juga merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga. 95% nyeri kanker dapat diatasi dengan kombinasi modalitas yang tersedia, termasuk memberikan perhatian terhadap aspek psikologi, sosial, dan spiritual.

Terdapat 2 jenis nyeri pada kanker yaitu nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik.

Tabel 3. Jenis nyeri:

	Nosiseptif- Somatik superfisial	Nosiseptif- Somatik dalam	Nosiseptif- Viseral	Neuropatik
Asal rangsangan	Kulit, subkutan, mukosa mulut, hidung, sinus, uretra, anus	Tulang, sendi, otot, tendon, ligament	Organ tubuh, masa tumor dan kelenjar getah bening yang	Kerusakan pada saraf nociceptive
Sifat	Panas, tajam, menyengat	Tumpul, berdenyut,	dalam, Tumpul, dalam, kram	Disestesia, alodinia, phantom, kebas Sesuai dermatom
Lokasi	Sangat terlokalisir	Terlokalisir		
	Tidak	Tidak/ya	Sukar ditentukan	
Penjalaran				Ya
	Tidak	Memperburuk	Ya	
Efek gerakan				Traksi memperburuk
	Ya	Ya	Mungkin	Tidak
Nyeri tekan	Tidak		meringankan	Tidak stabil:
Efek otonom		Mungkin	Mungkin Mual, muntah, berkeringat, tekanan darah, nadi	hangat/dingin, berkeringat, sianosis, pucat

Tabel 4. Penilaian nyeri;

Gunakan formulir untuk penilaian nyeri terlampir.

Nyeri +	Nyeri -	Antisipasi Nyeri
1. Ukur skala nyeri 24 jam terakhir dan saat ini, saat istirahat dan bergerak*	Skrining pada kunjungan berikutnya	1. Berikan analgesik dosis renjatan sebelum prosedur dilakukan
2. Karakteristik nyeri		2. Berikan anxiolitik bila diperlukan
3. Lokasi nyeri		3. Anestesi topikal
4. Penjalaran/ referred		4. Lidocain subkutaneus
5. Menetap/intermitten		
6. Onset dan durasi		
7. Faktor yang memperberat/memperingan		
8. Dampak terhadap aktivitas, kemampuan berjalan, pekerjaan, nafsu makan, tidur, mood dan hubungan dengan orang lain		
9. Gejala lain yang menyertai		
10. Obat dan dosis dan intervensi yang telah dilakukan		
11. Respon dan efek samping terhadap obat atau intervensi tsb		
12. Riwayat kanker dan pengobatannya		
13. Pemeriksaan fisik		
14. Laboratorium penunjang		
15. Aspek lain:		
a. Arti dan akibat nyeri bagi pasien dan keluarga		
b. Pengetahuan dan kepercayaan tentang nyeri		
c. Kultur terhadap nyeri		
d. Faktor Spiritual dan keyakinan/agama terhadap nyeri		
e. Tujuan dan harapan tata laksana nyeri		
f. Kondisi psikologis pasien		
g. Dukungan keluarga		
h. Gangguan psikiatri		
i. Faktor resiko adanya ketidak taatan berobat		
16. Tentukan etiologi (kanker, terapi kanker atau prosedurnya, non kanker, debilitas)		
17. Patofisiologi		
18. Tentukan jenis nyeri (Neuropatik, nociceptik)		

SKALA NYERI:

(*lihat panduan tata laksana nyeri)

1. NRS (*Numeric Rating Scale*)

Tanyakan intensitas nyeri dengan menggunakan angka 0-10 Catatan :

0 berarti tidak nyeri

1 – 3 berarti nyeri sedang

4 – 10 berarti nyeri berat dan

10 sangat nyeri

2. *Categorical Scale*

Dibagi atas : nyeri ringan – nyeri sedang – nyeri berat

3. *Behaviour Pain Scale* (Payen JF et al. Crit Care Med, 2001)

Digunakan pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi atau menggunakan ventilator

BPS (patients intubés) **BPS-NI (patients non intubés)**

1 2 3 4 1 2 3 4

① **Expression faciale**

Détendue Partiellement tendue Très tendue Grimace
= sourcils froncés = paupières crispées = joues crispées

② **Mouvement des membres supérieurs**

Aucun mouvement Partiellement pliés Très pliés (flexion des doigts) Rétraction, opposition aux soins
Au repos: rechercher le tonus par la mobilisation du membre

③ **Adaptation au ventilateur**

Tolère la ventilation Tousse mais tolère la ventilation la majorité du temps Lutte contre le ventilateur mais ventilation possible par instant Ventilation impossible

Vocalisation

Absence de vocalisation de la douleur Gémissement peu fréquent (< 3/min) et non prolongé (< 5 s) Gémissement fréquent (> 3/min) ou prolongé (> 5 s) Murmure ou plaintes verbales induisant « Aïe! », « Hal! »

Skala Behavior Pain Scale (BPS) untuk pasien dewasa dengan penurunan kesadaran dengan ventilator :

Ekspresi Wajah

Tenang	1
Sebagian Muka menegang (dahi mengerenyit)	2
Seluruh muka menegang (kelopak mata menutup)	3
Wajah menyeringai	4

Pergerakan atau posisi ekstremitas atas

Tenang	1
Menekuk sebagian di daerah siku	2
Menekuk total dengan disertai jari-jari mengepal	3
Menekuk total secara terus-menerus	4

Toleransi terhadap ventilasi mekanik

Dapat mengikuti pola ventilasi	1
Batuk tetapi masih dapat mengikuti pola ventilasi	2
Melawan pola ventilasi	3
Pola ventilasi tidak ditoleransi	4

Nilai < 5 berarti pasien bebas nyeri

Nilai > 5 berarti pasien mengalami nyeri yang perlu diterapi

TATA LAKSANA NYERI:

Sesuai dengan penyebab yang ada dan prinsip tata laksana yang digunakan di perawatan paliatif, modalitas yang dapat digunakan adalah sbb:

a. Medikamentosa :

Analgetik: NSAID, Non opioid, Opioid; Adjuvant (kortikosteroid, antidepresan, anti epilepsi, relaksan otot, antispasmodik)

b. Nonmedikamentosa

- Fisik: kompres hangat, TENS
- Interupsi terhadap mekanisme nyeri: anestesi, neurolisis dan neurosurgery
- Modifikasi lingkungan dan gaya hidup: hindari aktifitas yang memacu atau memperberat nyeri, immobilisasi bagian yang sakit dengan alat, gunakan alat bantu untuk jalan atau kursi roda
- Psikologis: penjelasan untuk mengurangi dampak psikologis
- Relaksasi, cognitive-behavioural therapy, psychodynamic therapy

c. Lain-lain

Modifikasi terhadap proses patologi yang ada: diperlukan pada kondisi darurat seperti patah tulang karena proses metastase, resiko patah tulang pada tulang penyangga tubuh, metastase ke otak, leptomeningeal atau epidural, obstruksi memerlukan radioterapi dan infeksi memerlukan antibiotik.

Penggunaan obat

Penggunaan analgetik dan obat adjuvant sangat penting. Digu-nakan pedoman *WHO STEP LADDER* sebagai dasar pemberi-an obat (*WHO Geneva*, 1986 disesuaikan dengan obat yang tersedia di Indonesia).

Tabel 5. Pemberian analgetik berdasarkan *WHO Step Ladder*.

		Analgetik	Obat pilihan	Obat lain
STEP 1	Nyeri Ringan	Non-opioid $\pm$ Adjuvant	NSAID	Parasetamol
1-3				
STEP	Nyeri tetap atau Sedang meningkat	Opioid lemah $\pm$ Non-opioid $\pm$ Adjuvant	Codein	Tramadol
4-6				
STEP 3	Nyeri tetap atau Berat meningkat	Opioid kuat $\pm$ Non-opioid $\pm$ Adjuvant	Morfin	Fentanil
7-10				

NON OPIOID PARACETAMOL:

- Digunakan untuk nyeri ringan, terutama untuk jaringan lunak dan musculoskeletal serta penurunan panas
- Sebagai suplemen opioid sehingga memungkinkan dosis opioid yang lebih kecil.
- Dosis paracetamol adalah 500 mg – 1000 mg per 4-jam. Maksimum dosis adalah 4 gram perhari.

NSAID (*Non Steroid Anti Inflammatory Drug*)

NSAID sangat efektif untuk menangani nyeri tulang. Selain itu, dipakai pada nyeri akibat inflamasi dan kerusakan jaringan, nyeri karena metastase tulang, demam neoplastik dan nyeri post operasi.



Tabel 6. Golongan NSAID, dosis dewasa, interval dan dosis maksimum

Obat	Dosis dewasa (mg)	Interval (jam)	Dosis maksimum/hr
Oral			
Celecoxib	100 – 200	12 – 24	400
Diclofenac	25 - 50	8 – 12	150
Ibuprofen	200 - 400	6 – 8	2400
Ketoprofen	50 - 100	6 – 12	200
Ketorolac (max. 3 hari)			
< 65 th	10	4 – 6	40
>65 th	10	6 – 8	30 – 40
Asam Mefenamat	500	8	1500
Meloxicam	7.5 – 15	24	15
Piroxicam	10 – 20	24	20
Parenteral			
Ketorolac			
< 65 tahun	10 – 30	4 – 6	90
>65 tahun	10 – 15	4 – 6	60

OPIOID UNTUK NYERI SEDANG/ NYERI RINGAN YANG TIDAK RESPON TERAPI SEBELUMNYA

CODEIN:

- o Digunakan untuk nyeri sedang, dapat diberikan secara oral.
 - Dosis: 0,5- 1 mg/kg (max 60 mg/dosis)
 - Efek samping: sedasi, konfusi, hipotensi, mual, muntah dan konstipasi

- o Efek samping berupa konstipasi memerlukan laksatif secara rutin
- o Hanya digunakan bila obat-obatan lain tidak tersedia.

TRAMADOL:

- o Tramadol memiliki efek samping yang minimal terhadap sedasi, depresi pernafasan dan gastrointestinal. Dosis: 2 mg/kg→dosis maksimal (iv) 600 mg/ 24 jam dan dosis maksimal (po) 8 mg/kg/hari.
- o Efek samping: mual, muntah, gangguan sistem kardiovasku-lar dan pernafasan (efek minimal)

OPIOID UNTUK NYERI BERAT/ NYERI SEDANG YANG TIDAK RESPON TERHADAP TERAPI SEBELUMNYA

MORFIN ORAL

- a. Morfin adalah jenis obat lini pertama jika ada indikasi pemberian opioid
- b. Mulai dengan dosis kecil immediate release (IR) PO: 2,5 – 5 mg tiap 4 jam kemudian lakukan titrasi sampai dosis yang diperlukan
- c. Tetap gunakan IR morfin untuk nyeri renjatan dan nyeri insiden dengan dosis 1/6-1/10 total dosis 24 jam.
- d. Jika nyeri renjatan atau incident terjadi, dosis harian (dosis dasar) tetap diberikan sesuai jadwal.
- e. Dosis morfin perlu dinaikkan 30% – 50% jika efek morfin hanya sebagian atau durasinya sebentar.
- f. Dosis morfin perlu diturunkan 30% - 50% jika efek samping yang muncul persisten.
- g. Dosis harian perlu dinaikkan, bila renjatan nyeri terjadi 3x atau lebih dalam sehari, dengan menjumlahkan dosis harian dan jumlah dosis renjatan untuk hari berikutnya
- h. Gantikan IR morfin dengan *sustained release* (SR) morfin segera setelah dosis yang diperlukan tercapai: dosis 24 jam immediate release dibagi 2 untuk diberikan 2x sehari.

- a. SR morfin mempunyai kelebihan seperti tidak perlu minum di tengah malam, efek samping mengantuk dan mual lebih ringan, dan rasa yang lebih dapat diterima.
- b. Catatan :
 - a. Agar konsentrasi morfin dalam darah dapat dipertahankan, berikan dosis SR pertama bersamaan dengan dosis IR terakhir.
 - b. Tablet SR jangan digerus, jangan dikunyah, harus ditelan utuh agar memiliki efek kerja dan durasi yang diinginkan.
 - c. Bila pasien tidak dapat menelan, tablet dapat diberikan per rektal dengan dosis yang sama.

MORFIN PARENTERAL

- a. Pemberian morfin secara parenteral diperlukan dalam kondisi pasien tidak dapat menelan, mual muntah hebat atau ada obstruksi usus, kesadaran yang menurun, kebutuhan dosis yang tinggi, nyeri harus segera diatasi dan pada pasien yang tidak patuh untuk minum obat.
- b. Pemberian morfin parenteral sebaiknya diberikan secara subkutaneus (SK) atau intravena (IV). Pemberian intramuskuler sebaiknya dihindari karena absorpsi yang tidak teratur dan nyeri pada saat penyuntikan.
- c. Dosis morfin parenteral adalah 1/3 dosis oral.
- d. Dosis morfin parenteral 24 jam adalah jumlah dosis oral 24 jam dibagi 3. (dosis dasar + dosis renjatan, tidak termasuk dosis untuk nyeri insiden)
- e. Pemberian morfin secara SK atau IV dimulai dengan 1/3 dosis oral.
- f. Pemberian morfin secara intermiten dengan dosis 1/6 dosis 24 jam, diberikan tiap 4 jam.
- g. Pemberian secara SK atau IV secara kontinyu dimulai dengan pemberian dosis loading 1/6 dosis 24 jam.

FENTANIL

- a. Fentanil tidak memiliki bentuk aktif metabolit. Efek samping terhadap susunan saraf pusat lebih sedikit dibanding dengan morfin. Efek konstipasi juga lebih ringan.

- Pemberian dapat melalui transdermal atau parenteral. Pemberian secara IV atau SK memiliki durasi singkat sehingga dapat digunakan untuk nyeri renjatan, insiden atau prosedur.
- Kekurangan fentanil adalah tidak memiliki bentuk oral, dosis yang besar tidak dapat diberikan melalui SK karena memiliki volume yang besar, efek onset yang lama (18-24 jam), dosis transdermal terbatas (12,5; 25; 50; dan 100 mikrogram per jam) dan tidak dapat dipotong untuk mendapatkan dosis yang lebih kecil. Kekurangan yang lain adalah bila pasien berkeringat, bentuk transdermal mungkin kurang bermanfaaat.
- Bila menggunakan transdermal, dosis dasar opioid harus tetap diberikan pada 12 – 18 jam pertama.
- Dosis ekuivalen untuk 25 mikrogram per jam transdermal fentanil adalah 60 – 100 mg oral morfin/24 jam.

Tanda klinis toksik dan overdosis yang perlu diketahui pada penggunaan opioid kuat :

- Gangguan kesadaran
- Delirium
- Halusinasi
- Mioklonus
- Depresi nafas (melambatnya pernafasan) .

Tabel 7. Adjuvan therapy

Golongan obat	Manfaat	Dosis	Keterangan
NMDA-reseptor antagonist	Nyeri neuropatik	10 – 25 mg SK/	
Ketamine		50 -100 mg/24 jam	
Antiepileptic	Nyeri neuropatik		
Carbamazepine		100 – 400 mg/ 12 jam	Kenaikkan dosis/3 hr
Gabapentin		300 mg per 8 jam	Mulai 300 mg 1x/hr
Antidepressant: TCA	Nyeri neuropatik	10 – 150 mg ON	Kenaikan dosis/7 hr
Antiarrhythmic: Clonidin	Nyeri neuropatik		

Golongan obat	Manfaat	Dosis	Keterangan
Corticosteroid	Nyeri akibat SOP		TIK ■ kompresi tulang
Dexamethazone		4 – 16 mg PO/SK/hr	belakang, distensi
Prednisolone		25 - 100 mg PO/hr	liver, obstruksi
Biphosphonate	Nyeri metastase		
Disodium pamidronate	Tulang		
Sodium clodronate			
Zoledronic acid		4 mg IV 15 minutes	
Benzodiazepin	Nyeri spasme otot		
Diazepam	lurik	2 – 5 mg, 1 –3x/hari	
Baclofen		5 – 25 mg, 3x/hari	Hati2 pd gg ginjal
Anticholinergic agent	Nyeri spasme otot	10 mg SK/ 4 jam	Mungkin digunakan
Hyoscine butylbromide	Polos	60 - 80 mg/ 24 jam	bersama opioid

Penatalaksanaan nyeri pada fase terminal dari stadium terminal (kematian diperkirakan dalam hari atau minggu), adalah sbb :

- Jangan kurangi dosis opioid semata mata karena penurunan tensi, respirasi atau kesadaran, namun pertahankan sampai mencapai kenyamanan
- Perhatikan adanya neurotoksisitas karena opioid termasuk hyperalgesia
- Bila pengurangan dosis diperlukan, kurangi 50% dosis 24 jam
- Gantikan cara pemberian opioid bila diperlukan (oral, sk, iv, transdermal) dengan dosis konversi
- Bila terdapat *refractory pain* (nyeri alih), pertimbangkan sedasi.

CATATAN :

Untuk nyeri kepala karena peningkatan TIK / edema otak dapat diberikan steroid

Nyeri tulang karena hiperkalsemia dapat diberikan bifosfonat

Bila ditemukan infeksi penyerta / infeksi sekunder diberikan antibiotik yang sesuai.

Nyeri karena kolik diberikan antispasmodik

Nyeri karena spasme otot diberikan muscle relaxan.

2. GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN XEROSTOMIA

Xerostomia atau mulut kering mungkin tidak menimbulkan rasa haus pada pasien stadium terminal, sehingga perlu diperiksa walaupun pasien tidak mengeluh, untuk melihat apakah ada tanda dehidrasi, inflamasi, kotor atau tanda infeksi.

Penyebab mulut kering bisa berupa kerusakan kelenjar liur, akibat radiasi, kemoterapi atau infeksi, atau efek samping obat seperti Trisiklik, antihistamin, antikolinergik. Dehidrasi dan penggunaan oksigen tanpa pelembab dapat juga menyebabkan mulut kering. Penyebab yang sering adalah adanya infeksi kandida akibat pemakaian steroid yang lama.

Tata laksana:

a. Atasi dasar penyebab :

- Review obat-obat yang diberikan
- Berikan obat untuk kandidiasis

b. Non-Medikamentosa: lakukan perawatan mulut seperti di bawah

c. Medikamentosa: Pilocarpin solution 1mg/1ml, 5 ml kumur 3 x sehari

STOMATITIS

Peradangan pada mulut bisa sangat mengganggu pasien. Stomatitis dapat menyebabkan perubahan rasa yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan. Nyeri yang muncul

mengakibatkan pasien tidak dapat makan/minum sehingga pemberian obat dapat terganggu.

Stomatitis dapat disebabkan oleh radiasi, kemoterapi, infeksi (jamur, virus, bakteri), pemakaian obat, dan malnutrisi.

Pengobatan berupa perawatan mulut dan menghilangkan penyebabnya

PERAWATAN MULUT

3. Mencuci mulut setiap 2 jam dengan air biasa atau air yang dicampur dengan air jeruk, sodium bikarbonat.
4. Jaga kelembaban mulut dengan sering minum
5. Pada xerostomia: Rangsang air liur dengan irisan jeruk yang dibekukan, potongan es atau permen karet tanpa gula.
6. Untuk mencegah agar bibir tidak pecah pecah, olesi dengan krim dengan bahan dasar lanolin
7. Pada hypersalivasi: teteskan di mulut atropine tetes mata 1%, 1 – 2 tetes 3 x sehari

PERAWATAN SIMTOMATIS untuk mengurangi nyeri

- d. Parasetamol gargle setiap 4 jam
- e. Lignocain 2% 10 – 15 ml, kumur setiap 4 jam

PENGOBATAN SESUAI PENYEBAB

e. Kandidiasis:

Miconazole 2%, 2.5 mg oleskan lalu telan Nystatin 100.000 unit/ml, 1 ml oleskan lalu telan.

Untuk kandidiasis berat: Fluconazol 50 – 100 mg PO/ hari atau ketoconazole 200 mg PO/ hari

f. Ulkus Aphtous

Pasta triamcinolone acetonide 0.1%/ 8 jam

g. Herpes simplex

Lesi tunggal: acyclovir 5% oleskan/4 jam.

Pada kasus berat: acyclovir 400 mg PO/8 jam atau 5mg/kg IV/8 jam

Catatan: cara penggunaan obat dan perawatan mulut yang baik sangat diperlukan agar mencapai hasil optimal.

KESULITAN MENELAN/DISFAGIA

Terdapat tiga fase yang diperlukan untuk menelan, yaitu fase bukal, faringeal dan esophageal. Disfagia dapat terjadi pada ketiga fase tersebut. Penyebab disfagia antara lain adalah obstruksi tumor, peradangan yang disebabkan oleh infeksi, radiasi atau kemoterapi, xerostomia, gangguan fungsi neuro-muskuler akibat operasi, fibrosis karena radiasi, gangguan saraf kranial dan kelemahan umum. Disfagia dapat disertai dengan odinofagia yang mempersulit keadaan pasien.

Tata laksana pada disfagia orofaringeal:

- Edukasi cara makan seperti posisi duduk agar bisa menelan lebih mudah, dan jenis makanan yang lembut dalam porsi kecil.
- Kortikosteroid sering bermanfaat pada disfagia yang disebabkan oleh obstruksi intrinsik, infiltrasi pada saraf dan disfungsi saraf kranial.
- Akumulasi air liur akibat obstruksi dapat dikurangi dengan obat antikolinergik untuk mencegah aspirasi dan air liur yang mengalir terus menerus yang mengganggu.
- Nutrisi enteral: Pemberian makanan melalui rute lain seperti sonde lambung (*Nasogastric tube*) atau gastrostomi subkuta-nius perlu dipertimbangkan manfaat dan kerugiannya dilihat dari kondisi pasien.

Tata laksana pada disfagi esophageal:

- Kortikosteroid yang diberikan pada waktu singkat: dexametason 8 mg 3 – 5 hari
- Pemberian obat untuk mengurangi refluks asam lambung : omeprazole 1 x 20 mg : atau ranitidine 2x 300mg.
- Pemasangan stent
- Radioterapi bila kondisi memungkinkan
- Pada kasus terminal, tindakan invasif tidak dianjurkan.

ANOREKSIA/KAHEKSIA

Tabel 8. Intervensi pada anoreksia/ kakheksia

Intervensi	Harapan hidup	Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu sampai beberapa bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
	penyebab	Cepat kenyang:			
Obati anorexia		Cepat kenyang:	+		+
		metoclopromid			
		Gejala yang menyebabkan anorexia:	+		+
		☐ Depresi			
		☐ Konstipasi			
		☐ Nyeri			
		☐ Xerostomia			
		☐ Mucositis			
		☐ Mual/muntah			
		☐ Fatigue			
			+		+
	Evaluasi obat yang menurunkan nafsu makan		+		-
	Evaluasi gangguan endokrin:				
		☐ Gangguan thyroid			
		☐ Gangguan metabolit seperti hiperkalsemia	+		-
	Penambah nafsu makan :		+		-
	Megestrol acetat		+		-
	Program Olahraga				
	Konsultasi gizi				
					Lihat catatan dibawah*

ANOREKSIA

Anoreksia pada pasien stadium lanjut sering kali bukan menja-di keluhan pasien tetapi keluhan keluarga. Hilangnya nafsu makan sering dihubungkan dengan rasa penuh dan cepat kenyang. Anorexia biasanya merupakan gejala Anorexia –Cachexia Sindrom atau kondisi yang lain.

Penjelasan kepada keluarga:

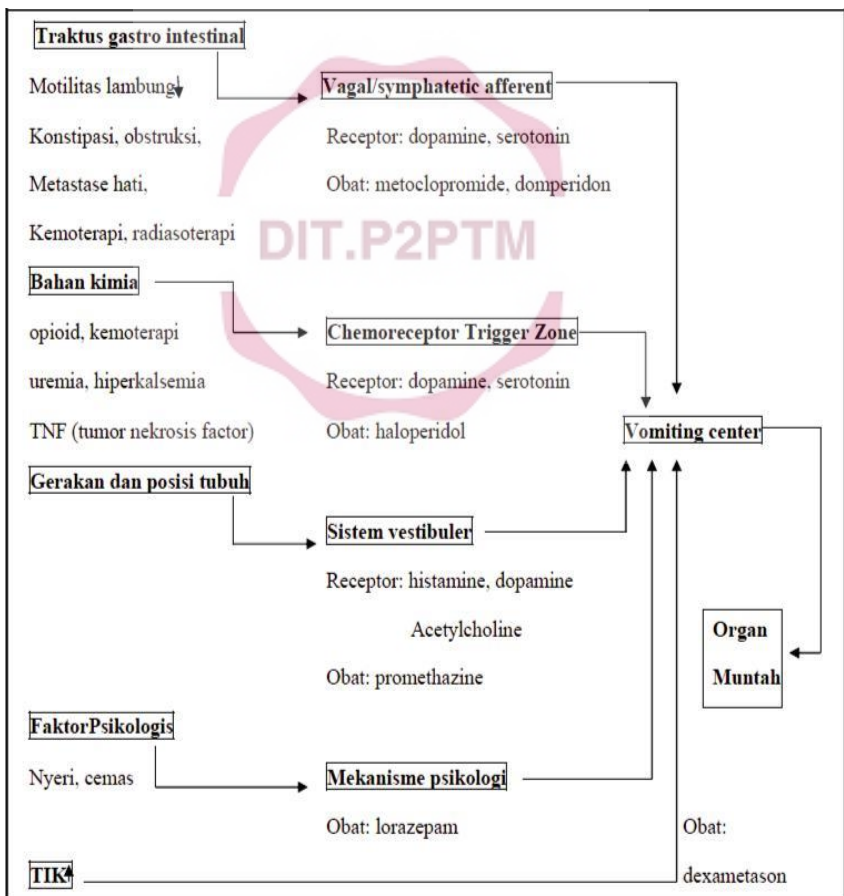
Anoreksia dapat menimbulkan kecemasan bahkan ketakutan pada keluarga. Bila hal ini terjadi, dapat dilakukan :

- Berikan makanan dalam dosis kecil yang bervariasi dan dalam penyajian yang menarik akan menimbulkan selera. Tidak bisa makan atau hanya bisa makan sedikit pada pasien stadium lanjut adalah normal, dan berikan makanan sesuai keinginan pasien.
 - Jangan paksakan pasien untuk makan dan hilangkan pikiran bahwa jika pasien tidak makan dia akan meninggal. Yang terjadi adalah karena pasien dalam kondisi terminal, maka tidak mampu untuk makan. Karena makan adalah kebiasaan sosial, mengajak pasien makan di meja makan mungkin akan menimbulkan selera
 - Pemberian nutrisi mungkin tidak dapat lagi dimetabolisme pada pasien dengan stadium terminal Terdapat resiko
5. Terdapat resiko yang berhubungan dengan nutrisi artifisial, yaitu: kelebihan cairan, infeksi dan menyebabkan kematian
 - 2) Gejala seperti mulut kering, dapat diatasi dengan pemberian cairan sedikit-sedikit dan kebersihan mulut
 - 3) Menghentikan nutrisi parenteral dan sonde lambung bisa mengurangi beberapa gejala seperti ketidaknyamanan atau resiko infeksi, aspirasi
 3. Jika Pasien ingin makan namun tidak ada nafsu makan, berikan kortikosteroid 2 – 4 mg pagi hari akan bermanfaat pada kurang lebih 50% pasien dalam beberapa minggu. Obat lain: megestrol 160- 800 mg pagi hari.

MUAL/MUNTAH

Mual dan muntah adalah salah satu keluhan yang sangat mengganggu pasien. Penyebabnya mual pada pasien paliatif biasanya lebih dari satu macam. Mual dapat terjadi terus menerus atau intermiten. Muntah sering disertai dengan mual, kecuali pada obstruksi gastrointestinal atau peningkatan tekanan intracranial. Tata laksana mual dan muntah harus disesuaikan dengan penyebabnya.

Gambar 3. Patofisiologi muntah dan cara kerja obat antiemetik:



- Hiperasiditas menyebabkan mual, rasa pahit dan nyeri lambung. Bila sesudah muntah keluhan masih ada, berikan proton pump inhibitor seperti omeprazole 20 mg atau ranitidine 300 mg PO.
- Mual akibat iritasi mukosa karena pemberian NSAID: omeprazole 20 mg PO
- Mual akibat kemoterapi atau radiasi: 5-HT3 –reseptor antagonis: ondansetron 4 mg 1-2x/hari dan atau eksametason 4 mg pagi hari

KONSTIPASI

Terdapat berbagai penyebab konstipasi pada pasien dengan penyakit stadium lanjut sbb:

- a. Diet rendah serat dan kekurangan cairan
- b. Imobilitas
- c. Tidak segera ke toilet pada saat rasa bab muncul
- d. Obat: opioid, anti-cholinergic, antacid yang mengandung aluminium, zat besi, antispasmodic, antipsikotik/anxiolitik
- e. Obstruksi saluran cerna: faeces, tumor, perlengketan
- f. Gangguan metabolisme: hiperkalsemia
- g. Gangguan saraf gastrointestinal, neuropati saraf otonom

Tata laksana:

1. Atasi penyebab dasar konstipasi
2. Anjurkan makanan tinggi serat dan tingkatkan jumlah cairan
3. Anjurkan pasien untuk banyak bergerak bila mungkin
4. Berikan respon yang cepat bila pasien ingin buang air besar
5. Hentikan atau kurangi obat yang menyebabkan konstipasi
6. Koreksi hiperkalsemia
7. Atasi obstruksi bila mungkin
8. Gunakan penyangga kaki untuk meningkatkan kekuatan otot abdomen

Medikamentosa :

Obat untuk mencegah konstipasi harus diberikan pada pasien yang mendapat opioid. Gunakan laksatif yang mengandung pelunak faeces dan perangsang peristaltik.

Bila konstipasi telah terjadi: bisacodyl 10 mg dan glyserin supositoria. Jangan berikan laksatif pada obstruksi. Gunakan laksatif pelembut feces atau osmotik pada obstruksi partial.

Jika pemberian laksatif gagal, lakukan *Rectal Touche* :

- a. Jika feces encer, berikan 2 tablet bisacodyl atau microlax
- b. Jika feces keras, berikan 2 gliserin supositoria
- c. Jika rectum kosong, lakukan foto abdomen

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus konstipasi adalah dilakukan *bowel training*.

DIARE

Penyebab diare ada beberapa macam. Diantaranya adalah adanya infeksi, malabsorpsi, obstruksi partial, karsinoma kolorektal, kompresi tulang belakang, penggunaan antibiotik, kemoterapi atau radiasi, dan kecemasan.

Tata laksana diare sesuai dengan penyebabnya.

Pada malabsorpsi, pemberian enzim pancreas akan bermanfaat.

Lakukan perawatan kulit sekitar anus dengan zinc oxide.

OBSTRUKSI GASTROINTESTINAL

Obstruksi gastrointestinal adalah hal yang sulit pada pasien paliatif. Penyebabnya dapat mekanik atau paralitik. Penyumbatan bisa terjadi baik intraluminal atau ekstraluminal akibat inflamasi atau metastase. Obstruksi dapat terjadi beberapa tempat pada pasien dengan keterlibatan bagian peritoneal. Obat yang diberikan dapat memperparah konstipasi. Penyebab lain adalah fibrosis akibat radiasi dan gangguan saraf otonom.

Table 9. Gambaran klinis obstruksi saluran cerna:

	Obstruksi rendah	Obstruksi tinggi
Nyeri perut	++	+
Pembengkakan perut	++	+
Frekuensi muntah	+	++
Volume muntah	++	+
Bahan muntah	Bisa disertai Feses	Makanan yang belum dicerna
Jenis muntah	Disertai mual	Tiba tiba setelah makan/ minum mual minimal/-
Kemampuan untuk minum	+ walaupun pada obstruksi total	Cepat kenyang/penuh +
Gambaran foto abdomen	Gambaran gas dan cairan ++	++
Gambaran laboratorium	Gambaran cairan dan elektrolit +	

Tata laksana:

Atasi penyebab dasar:

Obstruksi tunggal pada pasien tanpa asites dan karsinomatosis yang luas bisa dipertimbangkan untuk operasi

Medikamentosa :

1. Ditujukan untuk mengurangi mual, muntah dan nyeri
2. Bila terjadi kolik, gunakan obat untuk mengurangi sekresi dan antispasmodik seperti hyosine butylbromide
3. Obat laksatif yang merangsang peristaltik dan obat prokinetik harus dihentikan
4. Laksatif pelunak feses diberikan pada obstruksi parsial
5. 1/3 pasien mengalami perbaikan dengan sendirinya, tunggu 7 – 10 hari
6. Bila tidak ada perubahan, berikan dexametason 10 mg SK atau methylprednisolon 40 mg IV dalam 1 jam.

7. Bila hyoscine butylbromide gagal menghentikan muntah, berikan octreotide untuk mengurangi distensi, muntah dan nyeri.
8. Ranitidin 300 mg 2x/hari mengurangi sekresi lambung
9. Haloperidol 0,5 – 2,5 mg PO/SC 2x/hari untuk mengurangi muntah
10. 5HT-receptor antagonis diperlukan karena tekanan intraluminar akan menghasilkan 5HT dan merangsang muntah

Non Medikamentosa:

- Kurangi cairan parenteral untuk menurunkan sekresi intraluminar yang menyebabkan muntah dan distensi.
- Cairan oral untuk obstruksi atas 500ml/24 jam, sedang untuk obstruksi bawah 1000ml/24jam.

GANGGUAN FUNGSI HATI AN ENCEFALOPATI

Gangguan fungsi hati berat yang menuju ke gagal hati dapat terjadi pada pasien dengan metastase hati atau obstruksi saluran empedu. Namun dapat juga terjadi karena obat, radiasi, infeksi virus, sumbatan vena hepatika akibat trombotik. Keadaan yang dapat memacu ensefalopati adalah kenaikan produksi ammonia, hipovolemia, gangguan metabolisme, obat yang menekan SSP, kelebihan protein, pemberian diuretik, infeksi, perdarahan, uremia.

Gejala gagal fungsi hati meliputi kenaikan enzim hati, ikterik, asites, gatal, penurunan albumin, peningkatan INR dan ensefalopati. Konsentrasi albumin dan INR menggambarkan kapasitas metabolik. Pada gangguan fungsi hati berat turunkan dosis obat sampai 50%.

Tata laksana: Bila keadaan ini terjadi pada stadium terminal, prinsipnya adalah kenyamanan pasien. Pada ensefalopati hentikan obat-obat yang memacu timbulnya gejala ensefalopati, batasi diet protein dan laktulose 30mg/8 jam untuk menurunkan produksi ammonia. Halusinasi dan psikosis obati dengan haloperidol dan chlorpromazine. Pada pasien terminal penggunaan obat yang menekan SSP tidak menjadi kontraindikasi.

ASITES KEGANASAN

Bentuk asites transudatif atau eksudatif dapat terjadi pada pasien kanker. Penanganan kedua bentuk asites berupa parasintesis abdomen, bila menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gerakan diafragma. Parasintesis dilakukan perlahan-lahan selama beberapa jam untuk menghindari gangguan volume pada sirkulasi darah. Pada dasarnya volume cairan yang dikeluarkan hanya sebatas menghilangkan rasa tidak nyaman agar tidak teralubanyak protein yang hilang. Prosedur ini mungkin perlu dilakukan berulang kali, karena biasanya cepat terjadi akumulasi lagi. Diuretik dapat mengurangi asites, terutama jika terjadi hipoproteinemia atau gagal jantung stadium lanjut. Obat yang digunakan adalah:

19. Spironolacton 25 mg – 450 mg PO dalam dosis terbagi

20. Furosemide 40mg - 80 mg PO

Awasikan gangguan elektrolit yang bisa muncul karena penggunaan diuretik dan koreksi bila perlu

3. GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN

Gangguan pernafasan merupakan salah satu keluhan yang sangat mengganggu pasien dan keluarganya. Prinsip penanganannya seperti keluhan yang lain, yaitu mengatasi penyebabnya bila mungkin dan simtomatis untuk memberikan kenyamanan pasien dan mengurangi kecemasan keluarga.

SESAK NAFAS

Sesak nafas merupakan gejala yang menakutkan pasien, karena dihubungkan dengan waktu kematian yang sudah dekat. Sesak nafas dapat merupakan gejala kronis seiring dengan progresifitas penyakit, namun bisa juga merupakan gejala akut.

Sesak nafas akut merupakan gejala yang biasanya lebih dapat diatasi dibanding dengan sesak nafas yang terjadi secara kronis. Menentukan faktor yang bersifat reversible sangat bermanfaat dalam penanganan sesak nafas.

Penilaian sesak nafas terhadap pasien melalui anamnesa meliputi:

- 1) Tingkat beratnya sesak nafas: ringan, sedang, berat
- 2) Akut atau kronik
- 3) Frekwensi sesak nafas
- 4) Kualitas sesak nafas: kesulitan inspirasi/ ekspirasi
- 5) Faktor yang memperberat atau memperingan

Selain itu, perlu diketahui pengertian pasien terhadap gejala ini, efek yang timbul akibat sesak nafas nafas dan beratnya efek tersebut dan dampaknya terhadap fungsi tubuh.

Kelainan yang mendasari mungkin dapat diketahui melalui hal hal di bawah ini:

- 1) Riwayat penyakit dahulu dan sekarang (penyakit paru atau jantung, kelemahan muskuler akibat kaheksia atau penyakit motor neuron, metastase paru)
- 2) Pemeriksaan fisik: bronkokonstriksi, efusi plesura, gagal jantung atau gangguan diafragma
- 3) Pemeriksaan lain: foto toraks, saturasi oksigen dan analisa gas darah
- 4) Respon terhadap pengobatan yang diberikan.

Karena penyebabnya sering multifaktorial, kadang sulit diatasi. Sesak nafas dapat disebabkan karena beberapa kondisi berikut :

- 1) Obstruksi jalan nafas: tumor yang menyebabkan obstruksi intrinsik atau ekstrinsik, kelumpuhan laring, striktur akibat radiasi
- 2) Penurunan volume paru: efusi pleura, pneumotoraks, tumor, paru yang kolaps, infeksi, asites
- 3) Kekakuan paru: edema paru, fibrosis, limfangitis karsnomatosis
- 4) Penurunan pertukaran gas: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis, emboli, trombus, gangguan sirkulasi paru
- 5) Nyeri: pleuritik, infiltrasi dinding dada, fraktur costa atau vertebra

- 6) Gangguan neuromuskuler: paraplegia, kelumpuhan nervus frenikus, kaheksia, paraneuroplastik sindrom
- 7) Gagal jantung kiri
- 8) Ventilasi yang meningkat: cemas, anemia, masidosis metabolik

Tata laksana:

Atasi Penyebab :

- a. Kanker: radiasi, kemoterapi
- b. Efusi pleura: pungsi, pleurodosis
- c. Penyempitan bronkus:stent
- d. Anemia: transfusi
- e. Penyakit penyerta seperti kelainan jantung atau kelainan paru
- f. Infeksi: antibiotik

Non Medikamentosa:

- a. Dukungan psikososial: bahas tentang kecemasan dan ketakutan dengan mendengarkan secara aktif, pemberian penjelasan dan yakinkan.
- b. Atur posisi nyaman
- c. Ajarkan cara menggunakan dan menyimpan energi
- d. Fisioterapi: cara bernafas
- e. Relaxasi: terapi musik, aromaterapi
- f. Aliran udara segar: buka jendela, fan

Medikamentosa:

- a. Opioid: morfin menurunkan sensasi sesak nafas tanpa menyebabkan depresi pernafasan. Untuk pasien yang belum pernah mendapatkan opioid, berikan IR morfin 2.5 – 5 mg PO atau morfin 1 – 2.5 mg SK. Jika berlanjut SR 10 mg/24 jam secara teratur.
Pada pasien yang telah mendapat morfin sebelumnya, berikan dosis 1/12 -1/6 dosis dasar. Bila berlanjut, naikan dosis dasar 30 – 50%.

- b. Oksigen: bila terjadi hipoksia
- c. Cemas dan panik: Alprazolam 0,125 PO 2x sehari atau klonazepam 0,25 PO 2x/hari atau diazepam 2 mg PO, 2x sehari. Bila tidak berhasil: midazolam 2.5 mg SC
- d. Nebulizer: gunakan saline
- e. Bronkodilator: salbutamol bila terjadi obstruksi
- f. Kortikosteroid: pada limfangitis karsinomatosa, obstruksi bronkus atau pneumonitis radiasi
- g. Diuretik: Gagal Jantung Kongestif dan edema paru
- h. Antikolinergik: untuk sekresi yang berlebihan.

Tabel 10.

HARAPAN HIDUP	Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu – 1 bulan	Beberapa hari – beberapa minggu
Intervensi				
	Radiasi/kemoterapi	+	-	-
Obati penyebab	Torakosintesis/pleurodesis/pungsi pleura dengan kateter	+	-	-
	Terapi bronkoskopi			
	Bronkodilator, diuretik, steroid, antibiotik, transfusi	+	-	-
Simtomatik		+	+	+
	O ₂ bila hipoksia			
	Benzodiazepin mulai dengan lorazepam 0,5 mg tiap 4 jam	+	+	+
	Opioid (pada opioid naive: 2,5 mg PO tiap 4 jam)	+	+	+
	Non Medikamentosa	+	+	+
	Pendidikan, dukungan emosional, psikososial			
				Kurangi sekresi yang berlebihan:
				Scopolamine 0,4 mg sk/4 jam
				Atropin 1% tetes mata SL /4 jam
				Hindari ventilator
				Batasi cairan
				Berikan dosis kecil diuretik

BATUK

Penyebab batuk yang terbanyak pada pasien paliatif adalah:

- a. Penyakit penyerta: asma Bronkial, infeksi, COPD, CHF
- b. Kanker paru atau metastase paru,
- c. Efusi pleura
- d. Aspirasi, gangguan menelan
- e. Limfangitis karsinomatosis
- f. Gangguan saraf laring dan Sindrom Vena Cava Superior

Medikamentosa :

Batuk dengan sputum: nebulizer salin, bronkodilator, fisioterapi

Batuk kering: codein atau morfin

Oksigen rendah untuk batuk karena emfisema

Cortikosteroid: untuk batuk karena tumor endobronkial, limfangitis, pneumonitis akibat radiasi

CEKUKAN (HICCUPS)

Penyebab antara lain:

- a. Distensi gaster
- b. Iritasi diafragma
- c. Iritasi nervus vagus atau nervus frenikus
- d. Gangguan metabolic: uremia, gangguan fungsi hati

Tata laksana:

Atasi Dasar Penyebab:

Distensi abdomen: metochlopromide jika tidak ada kontraindikasi

Non Medikamentosa:

Stimulasi faring dengan air dingin

Medikamentosa:

- a. Haloperidol 0,5 mg – 5 mg/hari
- b. Baclofen 3x 5mg, dosis sesuaikan pada gangguan ginjal
- c. kortikosteroid

BATUK DARAH (HAEMOPTYSIS)

Penyebab batuk darah pada pasien paliatif adalah:

- a. Erosi tumor
- b. Infeksi
- c. Emboli paru atau gangguan pembekuan darah

Tata laksana:

- a. Atasi penyebab bila memungkinkan
- b. Perdarahan ringan yang terlihat pada sputum tidak memerlukan tindakan spesifik
- c. Bila perdarahan berlanjut: asam transeksamat min 3 x 1gr – 1.5 g/hari, pertimbangkan radiasi.
- d. Pada perdarahan massif, tindakan invasive tidak layak dilakukan. Berikan midazolam 2,5 mg- 10 mg SK untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut.
- e. Gunakan kain/handuk berwarna gelap untuk menampung darah yang keluar agar pasien/keluarga tidak takut

4. FATIGUE/ KELEMAHAN

Kelemahan umum dan cepat lelah adalah keluhan yang banyak dijumpai pada pasien paliatif. Hal ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Bagi keluarga, timbulnya keluhan ini sering diinterpretasikan bahwa pasien menyerah. Penyebab fatik bermacam macam, seperti gangguan elektrolit, gangguan tidur, dehidrasi, anemia, malnutrisi, hipoksemia, infeksi, gangguan metabolisme, penggunaan obat dan modalitas pengobatan lain seperti kemoterapi atau radiasi, komorbiditas, progresifitas penyakit dan gangguan emosi.

Tata laksana:

- a. Koreksi penyebab yang dapat dikoreksi: gangguan tidur, gangguan elektrolit, dehidrasi, anemia, infeksi
- b. *Review* penggunaan obat
- c. Non medikamentosa : Olahraga, fisioterapi dan okupasional terapi akan menambah kebugaran, meningkatkan kualitas tidur, memperbaiki emosi dan kualitas hidup.

- d. Medikamentosa : dexametason 2 mg pagi hari. Bila dalam 5 hari tidak menunjukkan perbaikan, hentikan.

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus fatigue yaitu dengan relaksasi, *endurance exercise* dan *save energy for ADL*

5. GANGGUAN KULIT

PRURITUS

Gatal adalah keluhan yang mengganggu. Tidak semua gatal berhubungan dengan pelepasan histamin. Gatal akibat uremia atau kolestasis, serotonin dan prostaglandin mungkin juga terlibat.

Penyebab:

- a. Gangguan fungsi hati dan ginjal
- b. Alergi obat/makanan
- c. Obat: opioid atau vasodilator
- d. Penyakit endokrin
- e. Kekurangan zat besi
- f. Limfoma
- g. Rangsangan sensori: baju yang kasar
- h. Parasit
- i. Faktor psikologi

Tata laksana:

- a. Atasi penyebabnya
- b. Hentikan obat penyebab seperti rifampicin, benzodiazepin
- c. Gunakan pelembab kulit
- d. Jangan gunakan sabun mandi
- e. Jaga kelembaban ruangan
- f. Obat: antihistamin klorfeniramin 4 mg, cholesteramin 4 – 8 mg/hari,

KERINGAT BERLEBIHAN (HYPERHYDROSIS)

Keringat berlebihan disebabkan oleh berbagai macam hal seperti udara yang panas, gangguan emosi (keringat di axial,

telapak tangan atau kaki), lymphoma, metastase hati, dan karsi-noid (keringat malam), infeksi dan obat-obatan.

Penatalaksanaan:

a. Hilangkan penyebabnya.

b. Medikamentosa :

- NSAID: diclofenac bekerja melalui prostaglandin di hypo-thalamus
- Cimetidin 400mg – 800mg malam hari bekerja melalui reseptor histamine di kulit
- Deksametason
- Parasetamol untuk keringat malam

DEKUBITUS

Kerusakan kulit banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut akibat iskemia yang disebabkan hal-hal seperti : tekanan, gesekan, perawatan yang tidak benar, urin atau feses atau infeksi. Jaringan yang rapuh disebabkan oleh penurunan berat badan, ketuaan, malnutrisi, anemia, edema, kortikosteroid, kemoterapi, radiasi. Imobilitas dan gangguan sensori juga menyebabkan kerusakan kulit yang lebih mudah.

Tingkatan dekubitus:

Tingkat 1 kulit intak, eritema, pembengkakan/ indurasi jaringan lunak

Tingkat 2 kulit pecah, ulserasi dangkal sampai ke lapisan epidermis/dermis

Tingkat 3 ulserasi sampai ke jaringan ke subkutan, terdapat jaringan nekrotik

Tingkat 4 ulserasi sampai ke fascia, otot atau tulang

Pencegahan:

a. Identifikasi pasien dengan resiko tinggi

b. Jaga kebersihan kulit dan kulit harus kering

c. Hindari trauma: bila mengeringkan kulit jangan dengan cara digosok, hindari memijat dengan keras, menggeser pasien, pakaian basah, kontaminasi feses atau urin, pakaian atau

- alas tidur yang kasar, kelebihan cahaya, sabun yang keras dan mengosok dengan alkohol
- d. Gantikan posisi badan dan gunakan kasur anti dekubitus
 - e. Perhatikan pemakaian obat: kortikosteroid, sedasif, analgesik

Tata laksana

- a. Bersihkan dengan larutan salin
- b. Debridement: enzyme, larutan hidrofilik
- c. Memacu tumbuhnya jaringan (superficial: membran semiper meabel, dalam: larutan hydrokoloid impermeabel)
- d. Antibiotik sistemik bila ada infeksi
- e. Analgetik bila terdapat nyeri
- f. Menghilangkan bau: metronidazole.

LUKA KANKER

Luka kanker banyak dijumpai pada kanker payudara, dan kanker pada kepala –leher

Tata laksana :

- a. Antikanker: radioterapi radiasi paliatif sangat bermanfaat untuk mengurangi gejala yang ada
- b. Terapi topikal: Dressing secara teratur dan sering sangat diperlukan untuk menjaga kebersihan, tetap kering dan bebas infeksi. Rendam dengan air hangat atau waktu mandi. Pada luka bersih gunakan saline. Pada jaringan mati gunakan campuran hidrogen peroksida dan salin atau larutan enzim. Pada luka infeksi gunakan antiseptik. Hentikan perdarahan dengan alginte atau dengan adrenalin yang diencerkan. Pada luka yang berbau berikan metronidazole 400 mg/ 8 jam PO.

LIMFEDEMA

Resiko untuk terjadinya limfedema meningkat pada pasien dengan operasi di daerah aksilla atau inguinal, infeksi paska operasi, radioterapi dan metastase di kelenjar getah bening di aksial, inguinal, pelvis dan retroperitoneal.

Gejala klinis limfedema meliputi rasa berat, menekan, seperti

pecah, nyeri karena proses inflamasi, pleksopati dan peregangan. Gangguan fungsi yang ditimbulkan dan perubahan *body image* serta pemakaian baju dan sepatu dapat menyebabkan gangguan psikologis yang perlu diperhatikan.

Tata laksana meliputi:

1. Perawatan kulit:

Kelembaban kulit perlu dijaga agar tidak mudah pecah dan infeksi. Kulit harus kering, terutama perhatikan bagian lipatan. Penggunaan lanolin dan krim yang mengandung parfum harus dihindari untuk mencegah dermatitis kontak.

2. *Positioning*: letakkan bagian yang mengalami limfedema pada posisi horisontal dengan memberikan bantalan agar nyaman.

3. Gunakan bandage dengan tekanan ringan

4. Anjurkan untuk melakukan latihan ringan. Bila latihan aktif tidak memungkinkan, latihan pasif akan bermanfaat.

5. Massage dan penggunaan Kompresi Pneumatik konsultasi dengan bagian rehabilitasi medik

6. Pengobatan terhadap infeksi dengan antibiotic. Bila ada infeksi jamur harus diobati secara adekuat

7. Obat untuk mengurangi gejala:

- Analgetika seperti parasetamol, NSAID atau opioid sesuai penilaian.
- Kortikosteroid: dexametazone 4 – 8 mg o.d selama 1 minggu. Bila bermanfaat, lanjutkan 2 – 4 mg/ hari.
- Diuretik hanya bermanfaat jika ada gangguan jantung dan vena Mulai dengan furosemid 20 – 40 mg sekali sehari

Tata laksana rehabilitasi medik pada limfedema sangat spesifik , sehingga bila ada limfedema lebih baik dirujuk ke dokter rehabilitasi medik utk penanganan yang benar dan baik.

6. GANGGUAN SISTEM SALURAN KEMIH HEMATURIA

Penyebab hematuria pada pasien dengan kanker adalah :

- a. Infeksi : sistitis, prostatitis, uretritis, septikemia
- b. Malignansi : tumor primer atau sekunder
- c. Iatrogenic : nefrostomi, pemasangan stent, atau kateter, emboli
- d. Gangguan hemostasis
- e. Penyakit ginjal
- f. Urolitiasis

Penatalaksanaan sesuai penyebab yang ada. Jika perdarahan ringan, intervensi khusus sering tidak diperlukan. Pada perdarahan berat, kateter khusus diperlukan untuk mengeluarkan bekuan darah. Pencucian vesika urinaria dilakukan secara kontinu.

FREKWENSI/URGENCY

Penyebab frekuensi adalah poliuri, inflamasi, kapasitas vesika urinaria yang menurun, hiperaktivitas detrusor dan obstruksi traktus urinarius bawah. Volume yang berlebihan atau vesika urinaria yang tidak normal menyebabkan urgensi.

Tata laksana:

- a. Antikolinergik: oxybutynin 2.5 – 5 mg oral/ 6-8 jam
- b. Hyoscine butylbromide 30 – 180 mg/24 jam infus SC
- c. Phenazopyridin (efek anestesi lokal): 100 – 200 mg PO/ 8 jam

INKONTINENSIA URIN

Inkontinensia urin banyak terjadi pada pasien stadium lanjut yang menyebabkan iritasi serius pada kulit dan perineum.

Penyebab:

Overflow inkontinensia

Obstruksi Vesika Urinaria akibat infiltrasi sel kanker, hipertrofi prostat, faecal impaction, striktura, Gangguan detrusor efek samping antikolinergik, gangguan saraf spinal, somnolence, bingung, demensia, kelemahan umum.

Stress inkontinensia

Insufisiensi sphincter

Gangguan saraf spinal atau sacral, infiltrasi kanker,

Operasi, menopause, multipara

Urge inkontinensia

Hiperaktivitas detrusor

Poliuria, infeksi, inflamasi, infiltrasi, radiasi, kemoterapi

Gangguan SSP atau saraf spinal, dan kecemasan

Continues inkontinensia

Fistula

Infiltrasi, operasi, radiasi

Tata laksana:

a. Atasi penyebab

b. Cara umum :

- Mempermudah akses ke toilet
- Bantu untuk dapat menggunakan fasilitas yang ada
- Buang Air Kecil (BAK) secara teratur
- Hindari cairan yang berlebihan
- Evaluasi obat yang digunakan
- Kateterisasi
- Perawatan kulit

c. Obat penghambat alfa: prazosin 0,5 – 1 mg PO/12 jam

- Kolinergik: bethanecol 5 – 30 mg PO/ 6 jam
- Adrenegik: ephedrine 25 – 50 mg PO/8 jam
- Antidepresant

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus gangguan buang air kecil yaitu dengan bladder training.

7. GANGGUAN HEMATOLOGI

ANEMIA

Anemia Penyakit Kronis (Anaemia Chronic Disorder) disebabkan oleh supresi produksi eritropuitin dan eritropoiesis yang diatur interleukin-1. Selain itu, produksi transferin yang terganggu menyebabkan kemampuan untuk menyimpan zat besi dan kemampuan hidup sel darah merah menjadi lebih pendek.

Tabel 11. Perbedaan anemia penyakit kronis dan anemia defisiensi besi :

Laboratorium	Normal	Defisiensi besi	ACD
Gambaran darah tepi	Normositik- normokromik	Mikrositik hipokromik Meningkat/ normal tinggi	Normositik normokromik/ hipokromik
TIBC (mcmmol/L)	45 – 75	Rendah/ sangat rendah	Rendah/norm al rendah
Plasma Iron (mcmmol/L)	14 – 31	Rendah	Rendah
Plasma feritin (microg/L)	17 – 230		Meningkat/nor mal tinggi

Tata laksana

Obati pasien BUKAN hasil laboratoriumnya. Lemah dan cepat lelah bisa dikarenakan oleh anemia atau kankernya sendiri. Transfusi darah dianjurkan pada pasien dengan kelemahan dan cepat lelah bila terdapat anemia. Sebagai alternatif, gunakan epoetin 150-300 IU/kg SC 3x seminggu. Pasien dengan cadangan bone marrow yang adekuat (neutrofil $>1,5 \times 10^9$ dan platelet > 100.00) akan memberi respon yang baik, dengan kenaikan $>1\text{g/dl}$ dalam 4 minggu.

PERDARAHAN

Perdarahan terjadi pada 20% pasien kanker stadium lanjut dan menyebabkan kematian pada 5% pasien. Perdarahan internal lebih sering terjadi. Hematom yang banyak dan perdarahan pada gusi dan hidung serta perdarahan gastrointestinal menunjukkan lebih kepada gangguan platelet sedang perdarahan pada persendian atau otot lebih mengarah kepada defisiensi salah satu faktor pembekuan. Pada pasien kanker, dapat terjadi kenaikan Prothrombin Time dan APTT akibat gangguan fungsi hati berat, defisiensi vit K dan koagulasi intravaskular diseminata .

Trombositopenia

Trombosit 10.000 – 20.000 sangat jarang menyebabkan perdarahan massif (0.1%/hari). Sedang di bawah 10.000 resikonya meningkat menjadi 2%/hari. Sebagian besar perdarahan massif terjadi pada trombosit di bawah 5.000. Sedang resiko untuk terjadi perdarahan intrakranial adalah bila trombosit kurang dari 1000.

Trombositopenia juga dapat disebabkan oleh penggunaan heparin (Heparin Induced Trombositopenia) bisa terjadi kurang dari 4 hari setelah pemakaian heparin, namun biasanya antara 5 – 8 hari. Dianjurkan untuk menghentikan heparinisasi.

Bila trombosit kurang dari 5000, transfusi trombosit dapat dilakukan bila keadaan pasien memungkinkan. Konsultasikan dengan dokter hematologist/internist bila pemberian trombosit direncanakan.

TROMBOSIS VENA DALAM (*Deep Vein Thrombosis* - DVT)

Kanker menyebabkan berlebihnya pembentukan *tissue factor* (TF) dan menyebabkan hiperkoagulasi. DVT banyak ditemukan pada pasien kanker paru, payudara, gastrointestinal, terutama pankreas dan SSP.

DVT sering tidak menimbulkan gejala pembengkakan dan nyeri. Kadang menyerupai limfoedema atau penekanan vena besar. Pada pasien yang kondisinya memungkinkan, USG Doppler perlu dilakukan untuk mendiagnosa DVT.

Tata laksana:

- a. NSAID
- b. Kompresi dengan stocking
- c. Pada DVT di tungkai bawah: Posisi tungkai lebih tinggi
- d. Antikoagulan:

Pada pasien dengan resiko perdarahan tinggi seperti renal cell karsinoma dan melanoma, pemberian antikoagulan adalah kontraindikasi. Konsultasi dengan hematologist/internist diperlukan untuk pemberian antikoagulan.

Tata laksana rehabilitasi medik pada DVT diberikan sesuai kondisi pasien

8. GANGGUAN SISTEM SARAF KEJANG

Kejang dapat terjadi karena tumor primer atau metastase otak, perdarahan, obat yang merangsang kejang atau penghentian benzodiazepine, gangguan metabolisme (hiponatremia, uremia, hiperbilirubinemia) atau infeksi. Kejang pada pasien stadium terminal dapat juga karena penyakit yang sudah ada sebelum-nya.

Pada kejang yang bukan karena penyakit lama, gunakan:

Clonazepam 0.5 – 1 mg sublingual atau diazepam 5 – 10 mg PR atau midazolam 2.5 – 5 mg SC.

Jika belum berhenti, berikan:

Phenobarbital 100 mg SC atau Phenytoin 15 – 20 mg/kg IV lambat, maksimum 50 mg/menit.

Myoclonus adalah kejang yang tiba tiba, sebentar. Dapat terjadi secara fokal, regional atau multifokal, unilateral atau bilateral.

Gunakan diazepam 5mg PR lanjutkan 5 – 10 mg PR o.n atau midazolam 5mg SC kalau perlu.

DISTONIA DAN AKATISIA AKUT

Distonia terjadi secara akut beberapa hari setelah pemakaian obat. Bila karena metochlpromid, gantikan dengan domperidon dan berikan benztropin 1 – 2mg IV. Ulang setelah 30 menit bila perlu. Dapat juga digunakan diphenhidramin 20 -50 mg IV diikuti 25 – 50 mg 2 – 4x/ hari

Penggunaan neuroleptik seperti haloperidol dan prochlorperazin dapat memberikan efek samping akatisia. Hentikan penyebabnya bila mungkin. Gunakan obat seperti distonia atau ditambah diazepam 5 mg bila memberikan respon parsial.

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus neuropati/defisit neurologis dan miopati atau muscle spasm adalah dengan memberikan modalitas electrical stimulation (faradisasi atau galvanisasi), strengthening dan endurance exercise, relaksasi, muscle massage & stretching, proper body positioning

KOMPRESI SUMSUM TULANG BELAKANG

Adalah merupakan keadaan kegawat darurat yang memerlukan tatalaksana yang adekuat. Terjadi pada 5% pasien kanker stadium lanjut. Penyebabnya antara lain penjalaran sel kanker dari vertebra ke epidural, intradural metastase atau vertebra yang kolaps. Terbanyak terjadi pada vertebra torakalis, diikuti vertebra lumbalis dan servikalis. Nyeri, kelemahan ekstremitas bawah, gangguan sensori dan kehilangan kontrol otot sfingter adalah gejala kompresi tulang belakang.

Tata laksana:

- a. Dexametasone 16 mg/ hari dalam beberapa hari kemudian *tapering off*
- b. Radioterapi
- c. Dekompresi bila memungkinkan.

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus metastase ke vertebra, dilakukan pemasangan *spinal orthose (brace, korset)*/ Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus immobilisasi lama menyangkut semua sistem tubuh yang terganggu akibat immobilisasi lama (*sindroma immobilisasi*), yang merupakan program kolaborasi dari dokter, fisioterapis, terapis okupasi dan ortotis (bila diperlukan alat bantu ortosa).

9. GANGGUAN PSIKIATRI DELIRIUM

Delirium adalah kondisi bingung yang terjadi secara akut dan perubahan kesadaran yang muncul dengan perilaku yang fluktuatif. Gangguan kemampuan kognitif mungkin merupakan gejala awal dari delirium. Delirium sangat mengganggu keluar-ga karena adanya disorientasi, penurunan perhatian dan konsentrasi, tingkah laku dan kemampuan berfikir yang tidak terorganisir, ingatan yang terganggu dan kadang muncul halusinasi. Kadang muncul dalam bentuk hiperaktif atau hipoaktif dan perubahan motorik seperti mioklonus.

Penyebab delirium bermacam macam, seperti:

- a. Gangguan biokimia: hiperkalsemia, hiponatremia, hipoglikemia, dehidrasi

- b. Obat: opioid, kortikosteroid, sedative, antikolinergik, benzodi-azepin
- c. Infeksi
- d. Gangguan fungsi organ: gagal ginjal, gagal hati
- e. Anemia, hipoksia
- f. Gangguan SSP: tumor, perdarahan

Catatan:

Pada pasien dengan fase terminal, sering agitasi diartikan sebagai tanda nyeri, sehingga dosis opioid ditingkatkan, sehingga bisa menyebabkan delirium. Dalam hal ini mungkin cara pemberian opioid perlu dirubah.

Precipitator: nyeri, fatik, retensi urin, konstipasi, perubahan lingkungan dan stimuli yang berlebihan.

Tata laksana:

- a. Koreksi penyebab yang dapat segera diatasi : penyebab yang mendasari atau pencetusnya
- b. Non Medikamentosa :
 - Pastikan berada di tempat yang tenang, dan pasien merasa aman, nyaman dan familier
 - Singkirkan barang yang dapat membahayakan.
 - Jangan sering mengganti petugas
 - Hadirkan keluarga, dan barang-barang yang dikenal
 - Dukungan emosional
- c. Medikamentosa :
 - Haloperidol 0,5 mg- 2,5 mg PO/6 jam atau 0,5-1 mg SK/6 jam, namun bisa diberikan setiap 30-60 menit dengan dosis maksimal 20 mg/hari.
 - Pada pasien yang tidak dapat diberikan haloperidol karena efek samping
 - Risperidone 0.5 mg- 2 mg Oral/hari dalam dosis terbagi
 - Olanzapine 2.5 mg – 10 mg Oral/hari dalam dosis terbagi
 - Benzodiazepine bila penyebabnya ensefalopati hepatic, HIV
 - Loarazepam 0,5 – 1 mg sublingual, tiap 1 – 3 jam atau
 - Midazolam 2,5 – 5 mg SK tiap 1 – 3 jam.

DEPRESI

Harus dibedakan antara depresi dan sedih. Sedih adalah reaksi normal pada saat seseorang kehilangan sesuatu. Lebih sulit mendiagnosa depresi. Kadang diekspresikan sebagai gangguan somatik. Kadang bercampur dengan kecemasan. Kemampuan bersosialisasi sering menutupi adanya depresi.

Depresi adalah penyebab penderitaan yang reversibel.

Gejala psikologis pada depresi mayor`adalah:

- a. Rasa tidak ada harapan/putus asa
- b. Anhedonia
- c. Rasa bersalah dan malu
- d. Rendah diri dan tak berguna
- e. Ide untuk bunuh diri yang terus menerus
- f. Ambang nyeri menurun
- g. Perhatian dan konsentrasi menurun
- h. Gangguan memori dan kognitif
- i. Pikiran negatif
- j. Perasaan yang tidak realistik

Tata laksana :

- a. Depresi ringan dan sedang: dukungan, empati, penjelasan, terapi kognitif, simptomatis
- b. Depresi berat:

Terapi suportif

Obat : SSRI selama 4 – 6 minggu. Bila gagal berikan TCA

Psikostimulan : methylphenidate 5 – 20 mg pagi hari

KECEMASAN

Cemas dan takut banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut. Cemas dapat muncul sebagai respon normal terhadap keadaan yang dialami. Mungkin gejala dari kondisi medis, efek samping obat seperti bronkodilator, steroid atau metilfenidat atau reaksi fobia dari kejadian yang tidak menyenangkan seperti kemoterapi.

Kecemasan pada pasien terminal biasanya kecemasan terhadap terpisahnya dari orang yang dicintai, rumah, pekerjaan, cemas karena ketidakpastian, menjadi beban keluarga, kehilangan control terhadap keadaan fisik, gagal menyelesaikan tugas, gejala fisik yang tidak tertangani dengan baik, karena ditinggalkan, tidak tahu bagaimana kematian akan terjadi, dan hal yang berhubungan dengan spiritual.

Cemas ditandai oleh perasaan takut atau ketakutan yang sangat dan dapat muncul dengan bentuk gejala fisik seperti palpitasi, mual, pusing, perasaan sesak nafas, tremor, berke-ringat atau diare.

Tata laksana:

NonMedikamentosa :

- a. Dukungan termasuk mencari dan mengerti kebutuhan dan apa yang menjadi keemasannya dengan mendengarkan dengan seksama dan memberikan perhatian pada hal-hal yang khusus.
- b. Memberikan informasi yang jelas dan meyakinkan bahwa akan terus memberikan dukungan untuk mencapai harapan yang realistik.
- c. Intervensi psikologi: distraksi untuk menghilangkan kejenuhan dan pikiran yang terpusat pada diri sendiri
- d. Perawatan spiritual

Medikamentosa:

- a. Benzodiazepin: diazepam, alprazolam, lorazepam
- b. Penghambat Beta untuk mengatasi gejala perifer

C. TATALAKSANA AKHIR KEHIDUPAN

1. PERSIAPAN MENJELANG AKHIR KEHIDUPAN (ADVANCED DIRECTIVE) DUKUNGAN SOSIAL

Intervensi	Harapan Hidup Beberapa minggu sampai beberapa Beberapa hari sampai		
	tahun	beberapa minggu	
1. Membantu tersedianya	1. Caregiver 2. lingkungan yang aman 3. transportasi 4. pendidikan bagi caregiver 5. dukungan bagi keluarga a. conseling, support group 6. finansial 7. Respite	1. + 2. + 3. - 4. + 5. + 6. + 7. +	tentang proses kematian
2. Melakukan assessment	8. resiko bereavement	8.	pengertian terhadap proses kematian
3. Melakukan diskusi dan dukungan	9. personal, kultural, spiritual yang berhubungan dengan prognosis	9.	yang berhubungan dengan kematian
4. Mempersiapkan		10. Kematian pasien 11. Anticipatory grief 12. Upacara pemakaman	

ADVANCED CARE PLANNING

Harapan hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun		Beberapa minggu sampai bulan		Beberapa hari sampai beberapa minggu	
	1.		1.		1.	
Assessment	1. Diskusikan perawatan paliatif	tentang	1. Konfirmasi tentang pilihan		1. Pastikan telah menerima WASIAT	
	2. Perkenalkan tim paliatif					

Harapan hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
	3. Kapasitas membuat keputusan dan kebutuhan	tempat untuk	2. LAKUKAN sesuai
	4. Gali tentang nilai hidup dan keinginan untuk melakukan perawatan di waktu yad	meninggal	dengan WASIAT
	5. Memberikan informasi tentang WASIAT dan pilihan untuk tidak melakukan resusitasi	2. Konfirmasi tentang dokumen WASIAT termasuk: DNR,	3. Klarifikasi persetujuan keluarga
	6. Anjurkan untuk berdiskusi dengan keluarga tentang keinginan dan harapan	antibiotik,pe meriksaan darah,	4. Tentang WASIAT tsb
	7. Anjurkan untuk memilih orang yang dipercaya untuk mewakili dirinya bila kondisi tidak memungkinkan untuk mengambil keputusan	ventilator, dialisis, artificial nutrisi dan hidrasi	5. Diskusikan jika keluarga atau
	8. Bicarakan tentang donasi organ	3. Pastikan semua dokumen telah diterima oleh petugas dimana ada kemungkina n sebagai tempat pasien akan menghabiskan waktunya dan meninggal	6. Anggota tim tidak setuju
	9. Telusuri tentang ketakutan atau kecemasan tentang kematian		7. Dengan WASIAT tsb
			8. Konfirmasi tentang keinginan
			9. Donor organ

Harapan hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
		4. Membantu memecahkan masalah yang timbul antara keluarga dan pasien	
		5. Telusuri tentang ketakutan dan berikan dukungan emosional	
		6. Diskusikan tentang keinginan donor organ	

2. PERAWATAN TERMINAL

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
1. Pastikan kenyamanan pasien	1. Pastikan keluarga mengerti dan menerima WASIAT	1. Pastikan adanya end of life policy dan lakukan sesuai dengan policy
2. Perawatan kulit: jaga kelembaban, perawatan luka dan obat untuk nyeri anticipative	2. Berikan dukungan kepada keluarga untuk menghentikan TPN, transfusi, dialisis, hidrasi IV, dan obat yang tidak akan menambah kenyamanan pasien	2. Pastikan WASIAT telah didokumentasikan
3. Perawatan mulut		3. Pastikan DNR telah didokumentasikan dan keluarga telah menyetujuinya
4. Tindakan untuk retensi urin dan faeces		4. Berikan tempat tersendiri untuk menjaga privasi
5. Tidak melakukan test untuk diagnosa, monitoring gula darah, saturasi oksigen, suctioning	3. Siapkan bantuan sosial worker dan rohaniawan	5. Fasilitasi untuk keluarga yang akan berjaga
	4. Berikan waktu bagi	

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
6. Tidak melakukan pemeriksaan vital sign	keuarga untuk selalu bersama pasien	6. Berikan waktu untuk keluarga tnapa interupsi
7. Lakukan assessment gejala setiap 4 jam	5. Pastikan KELUARGA TELAH DIINFORMASIKAN TENTANG TANDA TANDA KEMATIAN	7. Fasilitasi untuk upacara pemakaman
8. Rubah rute pemberian obat jika per oral tidak dapat dilakukan	dan berikan pendampingan	
9. Naikkan dosis jika diperlukan untuk mencapai kenyamanan	6. Berikan pendampingan Anticipatory bereavement	
10. <i>Death ratlle</i> : hypersekresi salifa yang menimbulkan suara: rubah posisi, kurangi cairan, berikan atropin 1% tetes mata 1 – 2 drop secara SL	7. Dukungan bagi anak 2 dan cucu dan beri mereka kesempatan bersama pasien	
11. Bila ada agitasi lakukan sedasi paliatif	8. Dukungan dalam melakukan ritual sesuai agama, keyakinan dan adat yang dianut	
12. Siapkan untuk donor organ		

PALLIATIVE SEDATION (Dilakukan oleh dokter anestesi atau dokter paliatif) :

- Pastikan agitasi dan gelisah bukan karena: cemas, takut, reten-si urin, fecal impaction, ataupun drug withdrwal.
- Pastikan bahwa pasien memiliki gejala yang tidak dapat dikontrol dengan cara tata laksana sesuai pedoman oleh tenaga ahli paliatif
- Pastikan bahwa pasien dalam kondisi menjelang ajal (prognosis dibuat oleh sekurang kurangnya 2 dokter yang menyatakan pasien akan meninggal dalam hitungan jam atau hari)

- d. Diskusikan kembali aspek etika pemberian sedasi pada pasien tsb, bahwa tujuannya bukan menghilangkan nyawa/mengakhiri kehidupan
- e. Dapatkan informed consent tentang sedasi dari pasien atau keluarga
- f. Jelaskan bahwa sedasi adalah memberikan obat secara suntikan yang bersifat kontinyu yang akan membawa pasien pada kondisi tidak sadar
- g. Jelaskan bahwa pemberian sedasi dibarengi dengan penghentian *life prolonging therapies* dan tidak dilakukannya CPR

Obat yang digunakan:

- a. Clonazepam 0,5 mg, SC atau IV setiap 12 jam atau 1 – 2 mg/24 jam dalam infus, titrasi
- b. Midazolam 1 – 5 mg SK setiap 2 jam atau 30 mg/24 jam dalam infus, titrasi
- c. Diazepam 5 – 10 mg IV atau 10 – 20 mg PR, titrasi
- d. Lorazepam 1 – 2,5 mg SL setiap 2-4 jam, titrasi
- e. Bila gagal: phenobarbitone 100 – 200mg SK tiap 4 – 8 jam titrasi dan berikan dalam infus 24 jam

3. PERAWATAN PADA SAAT PASIEN MENINGGAL

Kualitas meninggal:

- a. Nyeri dan gejala lain terkontrol dengan baik
- b. Ditampat yang diinginkan pasien, berada di tengah keluarga, sesuai dengan kultur yang dianut dan sempat membuat WASIAT
- c. Hubungan sosial yang baik dan rekonsiliasi, tidak ada masalah belum selesai.
- d. Secara spiritual siap: didoakan, tenang, telah dimaafkan dan memaafkan, percaya dan siap memasuki kehidupan yang akan
- e. Memiliki kesempatan untuk menyampaikan selamat tinggal
- f. Keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan

Intervensi:

- a. Lepas semua alat medis yang masih terpasang

- b. Perlakukan jenazah sesuai agama dan kultur yang dianut
- c. Berikan waktu privat untuk keluarga
- d. Persiapkan bila ada wasiat untuk donor organ
- e. Siapkan Surat kematian dan dokumen lain yang diperlukan untuk pemakaman
- f. Tawarkan panduan untuk proses masa duka cita yang normal
- g. Dukungan masa dukacita: menyampaikan dukacita secara formal melalui lisan atau kartu
- h. Siapkan atau menghadiri pertemuan keluarga setelah kematian untuk debriefing
- i. Identifikasi anggota keluarga yang memiliki masalah selama masa bereavement dan berikan dukungan yang diberikan
- j. Diskusikan resiko kanker dan pencegahan yang dapat dilakukan

Dukungan untuk petugas kesehatan

- a. Diskusi tentang masalah pribadi yang mempengaruhi dalam memberikan perawatan bagi pasien
- b. Ciptakan suasana aman dalam mendiskusikan kematian pasien
- c. Beri kesempatan untuk refleksi diri dan mengenang pasien
- d. Mereview melalui catatan medis masalah medis yang berhubungan dengan kematian
- e. Diskusikan kualitas perawatan
- f. Diskusikan respons keluarga terhadap kematian
- g. Diskusikan respon petugas terhadap kematian
- h. Lakukan ritual masa duka untuk petugas
- i. Identifikasi petugas yang memiliki resiko terhadap masa duka cita bermasalah

4. PERAWATAN SETELAH PASIEN MENINGGAL

RASA KEHILANGAN, BERDUKACITA DAN DUKUNGAN PADA MASA BERKABUNG.

Berduka adalah sekumpulan emosi yang mengganggu yang diakibatkan oleh perubahan atau berakhirnya pola perilaku yang ada. Hal ini biasanya terjadi setelah seseorang kehilangan,

termasuk karena kematian. Rasa kehilangan bisa mulai dialami pasien, keluarga, kerabat serta teman teman pada saat seseorang mengalami penyakit. Kehilangan dapat berupa kehilangan kesehatan, fungsi, mobilitas, potensi, harapan, mimpi dan akhirnya kehilangan kehidupan yaitu kematian. Dua puluh persen dari rasa duka yang muncul akibat kematian bersifat patologis, yaitu berupa gangguan kecemasan atau depresi yang berkepanjangan atau berlebihan. Rasa berduka dipengaruhi oleh siapa yang meninggal, kedekatan dengan yang meninggal, penyebab kematian, pribadi dan kondisi sosial.

Tahap berduka meliputi shock, tidak percaya, penyangkalan, marah, menimbang nimbang, depresi dan penerimaan. Manifestasi rasa duka bisa berupa ekspresi perasaan, distorsi kognitif, gangguan fisik dan gangguan perilaku.

Rasa duka yang patologis ditandai dengan hilangnya motivasi dan munculnya tanda tanda depresi lain yang menetap seperti putus asa, rasa bersalah dan penyesalan yang berlebihan, serta munculnya keinginan untuk bunuh diri. Keinginan untuk bertemu yang berlebihan dengan pasien yang telah meninggal dapat merupakan tanda adanya duka patologis. Dalam hal ini, konsultasi ke psikoterapis diperlukan.

Hubungan dengan pasien yang telah meninggal dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk beradaptasi terhadap kondisi yang ada. Hubungan yang baik dan dekat dapat menimbulkan rasa kehilangan, kesepian dan tidak berguna. Pada kondisi ini, pendekatan yang diperlukan adalah membantu agar merasa memiliki harga diri, percaya diri, rasa aman. Konseling pribadi atau dukungan dari support group akan bermafaat dalam mengatasi hal tersebut. Jika hubungan dengan pasien yang telah meninggal tidak baik, masalah dapat timbul pada masa dukacita, misalnya munculnya rasa penyesalan, sedih, rasa bersalah dan depresi yang berkepanjangan. Dukungan pada kondisi seperti ini sangat diperlukan misalnya dengan mengatakan bahwa mengetahui dan dapat memahami apa yang dirasakan. Dorongan untuk dapat memaafkan dan kembali bersosialisasi melalui dukungan dari keluarga yang lain, teman atau support group diperlukan.

Tugas dari pelayanan paliatif adalah memberikan dukungan, agar rasa duka yang timbul tidak menjadi duka yang patologis. Dukungan pada masa berkabung dilakukan pada saat pasien meninggal dan pada saat pemakaman. Satu atau dua minggu setelah pemakaman, follow up kepada keluarga yang berdukacita perlu dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap kemampuan mengatasi rasa kehilangan dan kemampuan beradaptasi terhadap situasi baru, yaitu kehidupan tanpa pasien yang telah meninggal. *Follow up* bisa sebaiknya dilakukan dengan kunjungan rumah, namun bila tidak memungkinkan bisa dilakukan melalui telepon.

Tujuan dukungan masa berkabung adalah:

- a. Membantu agar keluarga bisa menerima kenyataan bahwa pasien telah meninggal dan tidak akan kembali
- b. Membantu agar keluarga mampu beradaptasi dengan situasi dan kondisi baru
- c. Membantu merubah lingkungan yang memungkinkan keluarga dapat melanjutkan hidup tanpa pasien yang meninggal
- d. Membantu keluarga agar mendapatkan kembali rasa percaya diri untuk melanjutkan hidup



BAB IV

PENUTUP

Perawatan paliatif meliputi manajemen gejala selama fase akut, kronis, sampai perawatan terminal. Petunjuk Teknis ini memberikan panduan untuk mempersiapkan petugas kesehatan untuk memberikan pengobatan dalam upaya paliatif, saran di klinik serta mendukung pelaku rawat di masyarakat dan anggota keluarga yang memerlukan pelayanan rumah berbasis paliatif. Petugas kesehatan harus mempersiapkan keluarga dan pelaku rawat merawat pasien di rumah, sesuai kondisi local.





DAFTAR PUSTAKA

1. Palliative Expert Group, 2005, Therapeutic Guidelines Palliative Care, version 2, Therapeutic Guideline Limited, Melbourn
2. NCCN Guidelines Version 2.2011
3. Doyle, D, Hanks, G & MacDonald, N, 1999, Oxford textbook of Palliative Medicine, 2nd edn, Oxford University Press, Oxford
4. Twycross, R & Wilcock A, 2001, Symptom Management in Advanced Cancer, 3rd edn, Radcliffe Medical Press, Oxon
5. Woodruff, R, 1999, Palliative Medicine Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer and AIDS, 3rd edn, Oxford University Press, Melbourne.
6. Vella-Brincat, J, Macleod, A.D, MacLeod, R, 2008, The Palliative Care Handbook, Guidelines for Clinical management and Symptom Control, 4th edn, The Caxton Press, Auckland.
7. Zeppetella. Breakthrough Pain in Cancer Patients. 22 November 2010. Didapat dari Journal homepage: www.elsevier.com/locate/clon
8. Victor TC, Neil AH, Bianca BL : Assessment of pain and other symptoms dalam Cancer pain management. M.J Fish and AW Buton, pp 3 – 22. The McGraw Hill Companies, New York; 2007
9. Janjan N, Krishnan S et al: Palliative Radiation Therapy Technique in Cancer Pain Management, pp 271- 290. New York. The McGraw hill Companies, 2007
10. Zeppetella. Breakthrough Pain in Cancer Patients. 22 November 2010. Didapat dari Journal homepage: www.elsevier.com/locate/clon
11. Vella-Brincat, J, Macleod, A.D, MacLeod, R, 2008, The Palliative Care Handbook, Guidelines for Clinical management and Symptom Control, 4th edn, The Caxton Press, Auckland.
12. Victor TC, Neil AH, Bianca BL : Assessment of pain and other symptoms dalam Cancer pain management. M.J Fish and AW Buton, pp 3 – 22. The McGraw Hill Companies, New York; 2007

PENYUSUN

Pengarah

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Penasehat

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Pengarah

Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Penasehat

Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Tim Penyusun

Prof. R. Sunaryadi Tejawinata, dr. Sp. THT, FAAO, PGD.Pall. Med
(ECU) dr. Dradjat Suardi, SpBOnk(K)

dr. Maria Astheria Witjaksono, MpallC, PC Physician

dr. Endang Windiastuti, Sp. A(K)

dr. Rudi Putranto, SpPD,K.Ger

dr. Agus Ali Fauzi, PGD.Pall.Med(ECU)

dr. Urip Moertedjo, SpBKL.,PGD.Pall.Med(ECU)

dr. Susi Ernawati, PGD.Pall.Med(ECU)

dra. L.I. Irmawati, Apt.SFRS.MARS.PDG.HSc,N/Med(ECU)

Dr. Madonna Damayanthie Datu, Sp.An

dr. Niken Wastu Palupi, MKM

dr. Esti Widiastuti, M,ScPH dr.

Basalama Fatum, MKM dr.

Sedya Dwisangka

Fx. Budiyo, SKM,

M.Kes dr. Sorta Rosniuli,

M.Sc dr. Meilina Farikha

dr. Frides Susanty

dr. Novi Indriastuti

Mugi Wahidin, SKM, M.Epid

Drg. Siti Rohmi

Esthi Nusantri, SKM

Dian Kiranawati, S.Kep, NERS

Adiansyah Soegandi, B.Sc

dr. Gerda Angela Komalawati

Kontributor :

Masyarakat Paliatif Indonesia Pusat
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Jakarta
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Bandung
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Surabaya
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Yogyakarta
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Bali
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Makassar
Ikatan Dokter Anak Indonesia
Perhimpunan Onkologi Indonesia
Himpunan Onkologi Ginekologi Indonesia
Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Saraf Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia
Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia
Perhimpunan
Dokter Spesialis Anesthesiologi dan Terapi Intensif Indonesia
Perhimpunan Ahli Hematologi Onkologi Medik Penyakit Dalam Indonesia
Dinas Kesehatan Kota Bogor
Dinas Kesehatan Kota Bandung

